



**Programme de dépistage du cancer colorectal :
quelles recommandations pour quelle efficacité ?
Tour d'horizon de pays occidentaux.**

**F. LIBION
D. DOUMONT**

En collaboration et à la demande de l'asbl Question Santé

**Octobre 2007
Réf. : 07- 46**

Série de dossiers techniques



**Service Communautaire de Promotion de la Santé
avec le soutien de la Communauté française de Belgique**

TABLE DES MATIERES

Introduction	2
1. Données épidémiologiques	4
2. Argumentation scientifique justifiant l'utilisation et la promotion du test par Hémocult.	9
2.1. Situation dans différents pays occidentaux	9
2.2. Synthèse des pays européens	10
3. Représentations de la population cible, des soignants concernant le cancer colorectal, son pronostic, ses tests de dépistage proposés (principalement l'Hémocult)	15
3.1. Les représentations liées au test	15
3.2. Représentations liées au cancer colorectal	17
3.3. Représentations liées au dépistage	18
4. Les facteurs psycho-sociaux développés et/ou à développer pour favoriser l'adhésion à ce dépistage	23
4.1. En ce qui concerne les professionnels de santé	23
4.2. En ce qui concerne le public, les patients	23
5. Les stratégies/activités mises en place pour favoriser la réalisation et la participation au dépistage colorectal	26
5.1. Stratégies visant les professionnels de la santé :	26
5.2. Stratégies visant les publics cibles :	27
5.3. Stratégies visant les programmes de prévention/dépistage du cancer colorectal	30
6. Recommandations des auteurs	33
6.1. Envers le public	33
6.2. Envers les professionnels de la santé	34
6.3. Envers des programmes d'information du public et/ou d'éducation du patient	34
6.4. Envers le choix d'un test de dépistage	36
7. Eléments à prendre en compte avant la mise en place d'un programme de prévention/dépistage	39
8. Conclusions	40
9. Bibliographie	42

France LIBION, Dominique DOUMONT,
Unité RESO, Education pour la Santé, Faculté de Médecine, Université catholique de
Louvain¹

**Programme de dépistage du cancer colorectal :
quelles recommandations pour quelle efficacité ?
Tour d'horizon de pays occidentaux.**

A la demande du Cabinet de la Ministre Fonck, l'ASBL Question Santé participe à la préparation du programme national de dépistage du cancer colorectal par Hémocult².

Cette campagne concernera aussi bien les femmes que les hommes, âgés de 50 à 74 ans et devrait démarrer début 2009. La population concernée se verra proposer, par courrier, une invitation à réaliser un test (Hémocult) qui permet de détecter la présence de trace de sang dans les selles. Pour ce faire, le public cible devra se rendre chez son médecin traitant qui lui expliquera les modalités de réalisation de ce test afin qu'il puisse l'effectuer à domicile et ensuite le faire parvenir à un centre de référence désigné.

Le SCPS Question Santé s'interroge notamment sur les « us et coutumes », c'est-à-dire les pratiques et recommandations en matière de dépistage du cancer colorectal dans d'autres pays mais se questionne également sur les représentations que l'on se fait des tests de dépistage du cancer colorectal.

Introduction

Selon Mauri et al., (2006), il semblerait qu'en Europe, ce sont plutôt les mises en place de campagnes à l'initiative de services publics de santé qui inciteraient les populations cibles à adhérer au démarche de dépistage du cancer colorectal alors qu'aux USA, la population serait plus encline à suivre d'emblée les recommandations de dépistage émises par le médecin généraliste.

Ce constat tenterait de prouver d'une part, que les médecins généralistes européens ont un rôle important à jouer en termes d'aide à la prise de décision de réaliser ou non un tel dépistage (Cameron et al., 2007 ; Dubé et al., 2005) mais aussi dans la mise en œuvre de campagnes impliquant des invitations actives au dépistage (Mauri et al., 2006).

¹ L'analyse des publications a été réalisée par I. Aujoulat, D. Doumont, D. Houeto, F. Libion, J. Pélicand, B. Rose

² Hémocult : ce test permet la recherche de sang fécal occulte. On étale soi-même un peu de matière fécale sur un carton spécial, 2 jours de suite. Plié, ce carton est envoyé au laboratoire pour détecter du sang même en très petite quantité.

Notons également qu'une étude réalisée à Majorque (Gili et al., 2006) montre que si le cancer colorectal fait partie des cancers les plus diagnostiqués³, il se « distingue » également en termes de malignité, juste après celui des poumons et des seins.

En Europe, entre 1985 et 1989, le taux de survie à 5 ans pour le cancer du côlon était de 48% et de 44% pour le cancer du rectum tandis qu'aux USA durant la même période, le taux de survie à 5 ans était bien meilleur (60% pour le cancer du côlon et 57% pour celui du rectum). Après standardisation des données concernant les comportements alimentaires et le mode de vie, ces différences de taux de survie entre l'Europe et les USA persistaient et étaient dues aux délais de diagnostic liés aux pratiques de dépistage préconisées par les politiques de santé différentes de ces 2 continents. En effet, aux USA, le rôle des médecins généralistes est crucial dans toutes les activités de prévention, et particulièrement celui des cancers, tandis qu'en Europe ces activités font l'objet de plans nationaux qui invitent la population à demander régulièrement aux médecins traitants de prescrire/réaliser les différents tests de dépistage (Mauris et al., 2006). Mais selon le Center for Disease Control and Prevention (CDC) (1999 et 2003, cités par Slattery et al., 2004), moins de 24 à 45% de la population ciblée par les campagnes de dépistage s'y est soumise entre 1990 et 1998.

Des recommandations de « bonnes pratiques » (guidelines) en termes de dépistage du cancer colorectal destinées aux médecins généralistes existent en Europe depuis peu : par exemple, en France, depuis 1998 ; en Italie, depuis 1996 ; pour l'Union Européenne dans la 3^{ème} édition du Code Européen contre le cancer, depuis 2003.

Or, aux USA, de telles recommandations existent depuis la fin des années 1970.

Notons également que les guidelines européens sont plus prudents en matière de recommandations de dépistage car ils se basent uniquement sur des évidences de type I (essais randomisés larges ou méta-analyses), à la différence des guidelines américains qui se basent sur des évidences de type II (essais randomisés plus petits) et de type III (essais non randomisés, études de cohortes, études de cas) (Mauri et al., 2006).

Enfin, le processus de diffusion puis d'appropriation de guidelines et leurs mises en application dans la pratique quotidienne des médecins généralistes demandent du temps.

Les personnes les plus à risque de développer un cancer colorectal sont celles qui ont des antécédents personnels ou familiaux d'adénome ou de carcinome, une maladie inflammatoire des intestins depuis longtemps, en particulier une colite ulcéreuse, mais aussi les personnes qui souffrent de maladies rares héréditaires, comme la polypose familiale adénomateuse (FAP), le syndrome de Gardner, le syndrome de Peutz-Jeghers, et le HNPCC (hereditary nonpolyposis colorectal cancer syndrome). On définit comme des individus « à risque moyen » des hommes et des femmes de plus de 50 ans qui n'ont aucun antécédent personnel ou familial d'adénome ou de carcinome colorectal, et qui n'ont pas souffert de maladie inflammatoire de l'intestin (Lau et Sung, 2004).

Méthodologie

Les recherches bibliographiques ont été menées sur différentes bases de données telles que Doctes (base de données partagées dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé), Medline (base de données bibliographiques produites par la National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux) et Sciencedirect (base de données qui fournit les références d'articles provenant de périodiques de la collection

³ Chiffres non communiqués par les auteurs

Elsevier Science). La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport à la question de recherche ont conditionné le choix des articles retenus. Différents sites internet ont également été consultés. Au regard de ces différents critères, 26 documents ont été sélectionnés.

Les mots clefs retenus sont « dépistage cancer colorectal », « test hémocult », « fecal occult blood test », « Fobt », « Cancer colorectal screening » « guidelines ».

1. Données épidémiologiques

♦ En **Belgique**, chaque année, 6.000 à 7.000 nouveaux cas de cancer colorectal sont diagnostiqués et l'on enregistre 3.000 décès dus à ce cancer. La mortalité liée au cancer colorectal reste élevée : « *de 40 à 50% des cas à 5 ans tous stades confondus* » (Piront et al., 2007, De Laet et al., 2006).

En 1997, on dénombrait chez les hommes 1.532 décès liés à ce cancer sur un total de 16.088 décès. Le taux brut de mortalité pour les hommes s'élevait à 31/100.000. Pour les femmes, on dénombrait 1.627 décès suite à un cancer colorectal sur un nombre total de décès de 11.855 femmes. Dans la population générale belge, ce cancer est la 2^{ième} cause de mortalité de l'ensemble des décès par cancers. Le cancer colorectal est responsable de 11% de la totalité des décès **dus** aux cancers tandis que le cancer du poumon est responsable de 24% de la totalité de ces décès.

« Les décès liés à un cancer colorectal augmentent progressivement en fonction de l'âge : ils sont plus nombreux à partir de 50 ans (plus de 96% des personnes décédées en 1997 suite à une tumeur colorectale étaient âgés de plus de 50 ans et plus particulièrement 62% de décès par cancer colorectal chez les hommes et 47% chez les femmes ont été enregistrés dans la tranche d'âge 50 – 75 ans. » (Puddu & Tafforeau, 2006)

L'âge moyen du diagnostic de ce cancer chez les hommes est de 62 ans et chez les femmes, il est de 72 ans. Cette différence est liée aux données démographiques où au delà de 75 ans, 2/3 de la population est féminine.

« Entre 1987 et 1997, et après standardisation pour l'âge ; la tendance de la mortalité par cancer colorectal reste stable pour les femmes tandis qu'une légère diminution est constatée pour les hommes. » (Puddu & Tafforeau, 2006)

Après standardisation en fonction de l'âge et se basant sur les chiffres de l'année 1992 (année de référence), des comparaisons régionales ont été réalisées et l'on constate un taux de mortalité plus élevé en région flamande par rapport à la région wallonne et Bruxelles-Capitale. Cependant, au fil du temps, on constate une diminution importante de cette mortalité en Flandre : entre 1988 et 2003, l'on constate une réduction de cette mortalité de près de 32%. Enfin, notons que les données de mortalité sont disponibles pour la Flandre jusqu'en 2003 et pour la région Bruxelles – Capitale jusqu'en 2004. Par contre, pour la région Wallonne, ces données ne sont plus disponibles à partir de 1999. (Puddu & Tafforeau, 2006)

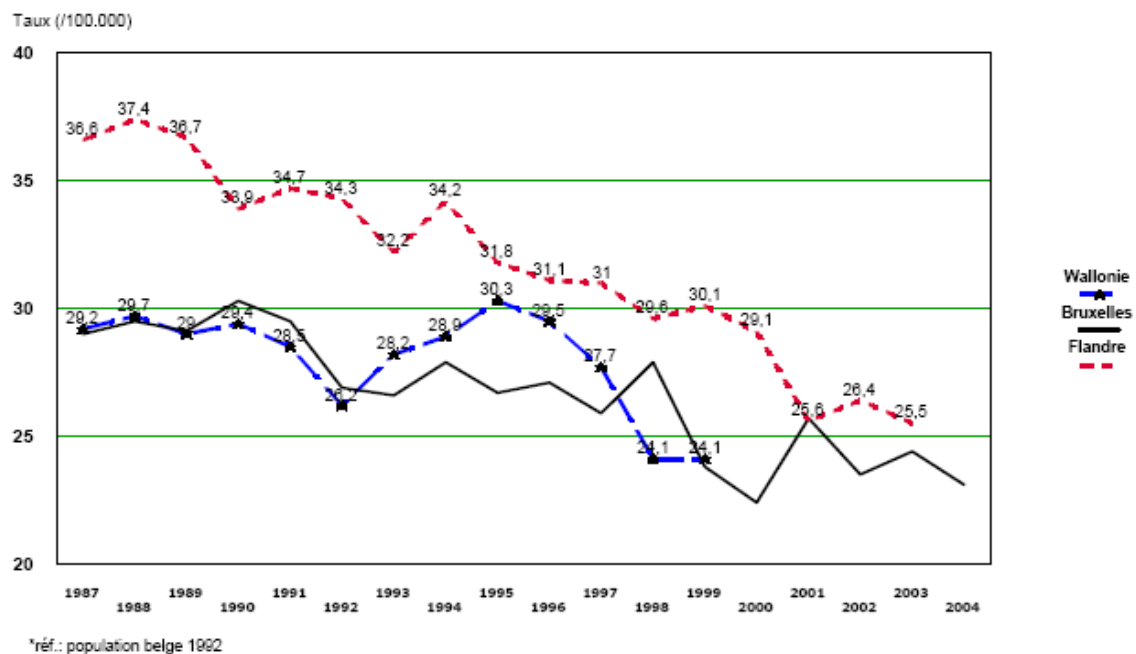
Flandre (2003)

- 1.708 décès
- 28,5/100.000 taux brut de mortalité
- 18,5/100.000 taux de mort. standardisé pour l'âge, population européenne
- 97 % des décès surviennent chez des personnes de plus de 50 ans

Bruxelles (2004)

- 250 décès
- 25/100.000 taux brut de mortalité
- 17/100.000 taux de mort. standardisé pour l'âge, population européenne
- 97 % des décès surviennent chez des personnes de plus de 50 ans

Figure 3-4: Taux de mortalité standardisés* pour l'âge, cancer colorectal, par région et par année, Belgique, 1987-2004.



Puddu & Tafforeau, 2006, p 29

En conclusion, Puddu & Tafforeau, (2006), signalent qu'il y a une baisse de la mortalité par cancer colorectal depuis la fin des années 80 et que la différence entre les régions semble diminuer.

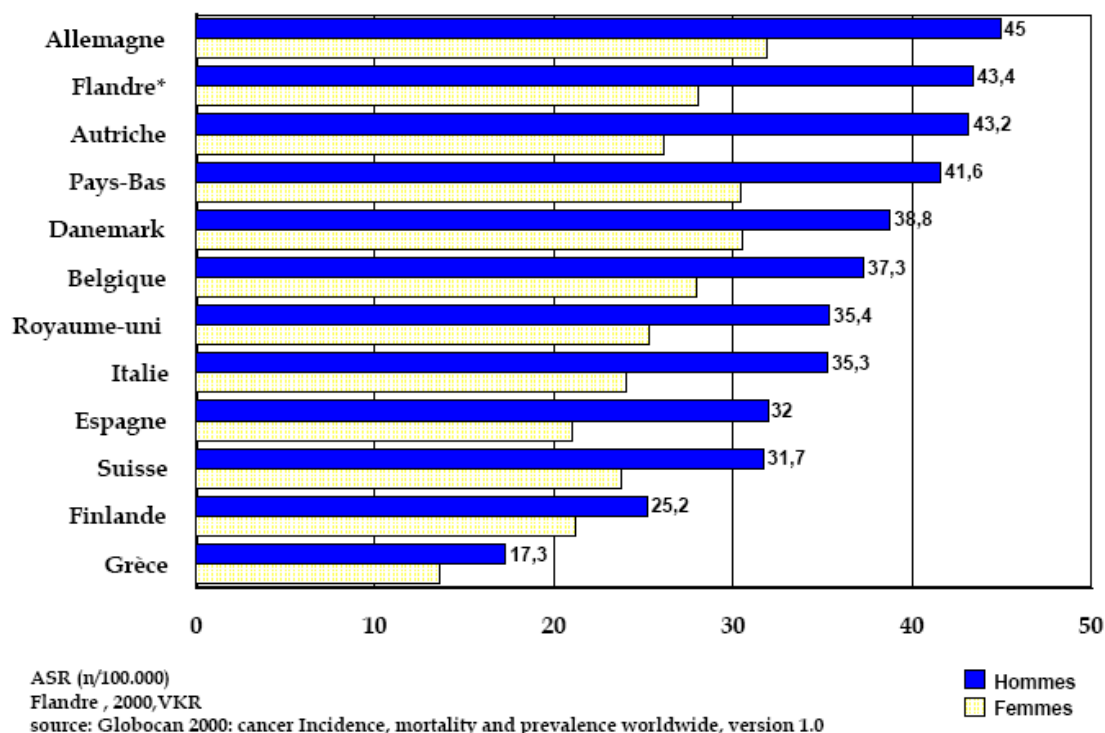
Sur base des chiffres de 1998, les taux d'incidence cumulés⁴ de 0 à 74 ans sont de 3,71% chez les hommes et de 2,31 chez les femmes.

⁴ Les taux d'incidence cumulés indiquent le risque de développer un cancer entre 0 et 74 ans.

Comparé à l'Europe, le taux d'incidence standardisé du cancer colorectal en Belgique s'élève à 47/100.000 (55,5/100.000 pour la Flandre ; 33,5/100.000 pour la Wallonie et 33,4/100.000 pour la région Bruxelles-Capitale).

Ces données classent la Belgique dans le peloton de tête des pays (Allemagne, Autriche, Pays-Bas) ayant un taux d'incidence européen le plus élevé (Puddu & Tafforeau, 2006)

Figure 3-11: Taux d'incidence standardisés pour l'âge (Population mondiale de référence), cancer colorectal, Europe, Globocan 2000 (23).



Puuddu & Tafforeau, 2007, p 42

Concernant l'incidence du cancer colorectal, De Laet et al. (2006) dans leur rapport Health Technology Assesment (HTA) proposent des chiffres à l'échelon mondial, européen et belge qui résument fort bien les différentes données reprises ci-dessus.

Colorectal cancer worldwide, in Western Europe and in Belgium (Globocan⁵ 2002)

	MEN			WOMEN		
	Cases	Age-Standardized Rate (/100.000)	Deaths	Cases	Age-Standardized Rate (/100.000)	Deaths
World	550.465	20,1	278.446	472.687	14,6	250.532
West. Europe	64.886	42,9	29.968	60.122	29,8	30.823
Belgium	3.304	37,0	1.732	3.130	26,8	1.764

⁵ From Globocan 2002, International Agency for Research on Cancer (<http://www.dep.iarc.fr/> accessed May 16th, 2006)

Ces mêmes auteurs établissent une extrapolation des cas de cancer colorectal pour la Belgique en 2006.

Extrapolation CRC 2006, tout âge		
Hommes	Femmes	M + F
4.180	3.608	7.716
Sous groupe âgé de 50 à 70 ans		
1.642	1.120	2.762
40,0%	31,0%	35,8%
Sous groupe âgé de 60 to 70 ans		
1.067	706	1.773
26,0%	19,6%	23,0%
Sous groupe âgé de 50 to 75 ans		
2.352	1.626	3.977
57,3%	45,1%	51,5%
Sous groupe âgé de 55 to 75 ans		
2.142	1.452	3.595
52,1%	40,3%	46,6%

L'extrapolation à partir des taux d'incidence du cancer colorectal en Flandre au 1^{er} janvier 2006, à la population Belge correspond approximativement à 7.500 cas de cancer colorectal en Belgique pour l'année 2006 (4.000 cas de cancer colorectal auprès des hommes et 3.500 cas pour les femmes).

♦ Chaque année, en **Grande-Bretagne**, 30.000 nouveaux cas de cancer colorectal sont diagnostiqués et l'on enregistre 20.000 décès par an liés à ce cancer (Steele R., 2006).

♦ En **France**, les cancers sont responsables de 150.000 décès/an au sein de la population. Le nombre annuel de nouveaux cas de cancer colorectal en 2000 est estimé à +/- 36.000 (53% sont des hommes) Goulard et al., (2006). L'incidence de cette pathologie augmente significativement après 50 ans. Remontet et al. (2003), cités par les auteurs estiment que dans les années à venir (2020), ces chiffres pourraient atteindre les 45.000 nouveaux cas !

Enfin, près de 16.000 personnes décèdent d'un cancer colorectal chaque année.

Comparé à la moyenne nationale, la Picardie, enregistre une surmortalité (+ 4,7%) liée aux cancers. Le cancer des poumons est la première cause de mortalité chez les hommes suivi du cancer de la prostate et du côlon. Chez les femmes, la première cause de décès est due au cancer du sein, suivie par le cancer du côlon et des poumons. A long terme, la survie des personnes atteintes de cancers n'excède pas 50%. (Remontet et al., 2003 cités par Ganry et al., 2005).

♦ En **Suisse**, le cancer colorectal est la deuxième cause de mortalité (4.000 nouveaux cas/an dont 75 % après 60 ans et 1.600 décès (2^{ème} cause cancéreuse femme et 3^{ème} cause cancéreuse homme)) (Levi, 2007, Symposium Berne) .

♦ Au **Grand Duché de Luxembourg** (2005), le cancer colorectal est responsable en 2003, de 121 décès (12,3% de la mortalité par cancer) au sein de la population. En 2002, le diagnostic de ce cancer a été posé chez 266 personnes (13,9% des cancers détectés). Parmi tous les cancers, le cancer colorectal occupe la 2^{ème} place en termes de fréquence et ce pour les 2

sexes. A lui seul, ce cancer représente 14% de l'ensemble des cancers. La fréquence de ce cancer tant chez les femmes que chez les hommes est de 13%. (Groupe de travail « Prévention du Cancer Colorectal, Ministère de la Santé, 2005).

♦ Au **niveau international**, l'incidence du cancer colorectal se répartit géographiquement en deux grandes zones :

- Les **pays occidentaux** où les taux d'incidence sont élevés (par exemple >40/100.000 en Europe, USA, Fédération Russe).
- Les **pays en voie développement** où l'on enregistre des taux d'incidence plus faibles (par exemple <5/100.000 en Afrique de l'Ouest et du Sud, en Indes, ...) (Ferlay, 2001, cités par Puddu & Taffereau, 2006).

Cependant, on constate actuellement une augmentation de l'incidence de ce cancer dans les pays réputés pour avoir un taux d'incidence faible. Cette augmentation pourrait être due à des changements de styles de vie comme par exemple l'adoption d'une alimentation occidentale contenant plus de graisses. Par contre, l'incidence reste relativement stable dans les pays occidentaux. (Lau et Sung, 2004 ; Puddu & Taffereau, 2006).

♦ Aux **USA**, mais aussi dans les pays occidentaux, le cancer colorectal touche environ une personne sur 20 de la population et il est la deuxième cause de mortalité par cancer après le cancer du poumon. (Ries et al., 1998, cités par Slattery et al., 2004 ; Lau et Sung, 2004 ; Miller et al., 2005 ; Liberman, 2007).

Selon Weitzman et al., (2001), le risque d'être atteint par un cancer colorectal est légèrement plus élevé pour les hommes et dans plus de 90% des cas, il se présente chez des personnes de plus de 50 ans.

Selon Dubé et al., (2005), les taux⁶ de dépistage du cancer colorectal chez les hommes américains âgés de plus de 50 ans restent bien en deçà des objectifs nationaux⁷ fixés par le « Healthy People 2010 » (US Department of Health and Human Services, 2000)

De nos jours, en **Europe**, le cancer colorectal est la deuxième cause de décès par lésion néoplasique. En 2004, 376.400 personnes souffrent de ce cancer et 203.700 personnes en sont décédées (Boyle & Ferlay, 2005 cités par Classen & Lambert, 2007).

Il s'agit également du cancer digestif le plus fréquent pour les deux sexes. Il arrive en deuxième position chez la femme après le cancer du sein et en troisième position chez l'homme derrière le cancer du poumon et le cancer de la prostate.

En **Belgique**, on dénombre chaque année 6.000 à 7.000 nouveaux cas et 3.000 personnes en meurent chaque année. Si son incidence reste faible avant l'âge de 50 ans, elle augmente considérablement avec les décades suivantes. Enfin, sa mortalité reste élevée.

⁶ Taux non communiqués par les auteurs

⁷ Objectifs nationaux non communiqués par les auteurs

2. Argumentation scientifique justifiant l'utilisation et la promotion du test par Hémocult.

♦ En termes de prévention primaire, l'OMS et le programme « l'Europe contre le Cancer » recommandent au niveau alimentaire la diminution d'apports de graisses (surtout animales) et de la consommation d'alcool mais surtout d'augmenter quotidiennement les apports de légumes et de fruits. Il semblerait que le respect de ces consignes alimentaires ait une influence non négligeable sur la mortalité par cancer colorectal (30 à 40% de ces cancers pourraient être prévenu) (Bueno de Mesquita et al., 1993; Newcomb et al., 1992, cités par Puddu & Taffereau, 2006).

Le dépistage du cancer colorectal permet de détecter et de traiter la maladie à un stade précoce et ainsi contribue à la diminution de la mortalité par cancer.

En matière de dépistage du cancer colorectal, le **Conseil de l'Union Européenne** (décembre 2003, cités par Puddu & Tafforeau, 2007), préconise, la recherche de sang occulte dans les selles (Hemocult), chaque année ou tous les deux ans, ainsi que la réalisation d'une colonoscopie en cas de résultat positif, chez les personnes âgées de 50 à 74 ans et ce dans le cadre de programmes de dépistage organisés comprenant une assurance de qualité.

2.1. Situation dans différents pays occidentaux

♦ En **France**, il existe une politique nationale de dépistage du cancer du sein par mammographie pour les femmes âgées de 49 à 74 ans. La couverture de ce dépistage est de 75% de l'ensemble de la population féminine française. Cependant, il n'y a aucune autre politique nationale de dépistage mise en place pour la surveillance de la survenue d'autres cancers et plus particulièrement du cancer colorectal. (Ganry et al., 2005)

Cependant, dès 1998, l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) recommande la mise en place de programmes de dépistage organisé pour ce type de cancer et pour des personnes âgées de 50 à 74 ans sans facteurs de risque. La méthode préconisée est le test Hémocult II ®, à réaliser tous les 2 ans. La lecture des tests serait centralisée et en cas de résultat positif, une colonoscopie serait proposée au patient. D'autre part, avant la généralisation de ce dépistage à tout le pays, des études pilotes ont été réalisées afin de démontrer l'efficacité de ce dépistage. Suite à la publication des résultats de ces études, d'autres projets pilotes ont été mis en place dans 22 départements en 2002.

Fin 2004, on recensait 4.578.009 personnes âgées entre 50 et 74 ans pour ces 22 départements. En 2005 s'est rajouté un nouveau département et, la généralisation du programme a été programmée pour la fin 2006 avec une estimation de plus ou moins 15 millions de personnes concernées par ce dépistage de masse. (Puddu & Tafforeau, 2007, Ganry et al., 2005, Goulard et al., 2006) .

Le dépistage par recherche de sang occulte dans les selles est le seul test selon les auteurs français Goulard et al. ayant été évalué « *comme outil de dépistage en population générale* ». Une étude contrôlée réalisée auprès de la population par Faivre et al (2004) (cités par Goulard et al., 2006) a permis de démontrer une diminution de la mortalité liée au cancer colorectal de près de 16 % et ce après 11 ans de suivi. Les auteurs citent également les résultats d'autres études dont la réduction après respectivement 10 ans et 7 ans de pratique de dépistage était de 18 % au Danemark et de 14 % en Angleterre.

♦ Au Grand Duché de Luxembourg (2005), une campagne de prévention du cancer colorectal a été mise en place en 2005 et concerne la population âgée de 50 ans et plus. Le test de dépistage le plus plébiscité par les autorités sanitaires de ce pays est la colonoscopie car selon les experts, « *c'est la méthode de prévention la plus efficace* ». Cet examen sera proposé aux personnes âgées de 50 ans et la réalisation d'un deuxième examen est préconisée à l'âge de 64 ans. Le test Hémocult, « *test simple mais non fiable à 100%* », est également proposé. Il sera à faire annuellement. En cas de résultat positif, la personne se verra proposer la réalisation d'une colonoscopie.

♦ Pour l'**Italie** (Federici et al., 2005), la population cible du dépistage du cancer colorectal concerne les femmes et hommes âgés de 50 à 74 ans. Puisque l'Hémocult est le test de dépistage recommandé par les différents guidelines internationaux et agences gouvernementales, l'Italie adhère à ces recommandations internationales (le test est à réaliser tous les ans ou tous les 2 ans; si l'Hémocult est positif, réalisation d'une coloscopie ou d'un transit baryté en double contraste). D'autres recommandations émises par l'American Gastroenterological Association (1997) et le National Health and Medical Research Council (2000) (cités par Federici et al., 2005) proposent une flexosigmoidoscopie à faire tous les 5 ans ou une coloscopie à faire soit 1 fois tous les 10 ans ou à faire une fois dans sa vie.

Dans son plan national (2005-2007) de prévention de médecine préventive, le gouvernement italien a décidé au niveau national d'étendre le programme de dépistage du cancer colorectal.

♦ Depuis 2006, le gouvernement **norvégien** a décidé la mise en place d'un dépistage du cancer colorectal au sein de toute la population concernée. Pour sa part, le **Danemark et la Finlande** ont commandité des études de faisabilité et l'évaluation des résultats obtenus suite au dépistage par Hémocult bisannuel. Par contre, la **Suède** estime qu'elle ne possède pas les moyens nécessaires pour mettre en place un tel dépistage et qu'il n'existe pas, jusqu'à ce jour, de preuve formelle de l'efficacité d'un dépistage de masse du cancer colorectal, et que les connaissances des coûts/efficacités sont insuffisantes (Hakama et al., 2005, cités par Puddu & Tafforeau, 2007).

2.2. Synthèse des pays européens

Nous avons également retenu les documents récents de deux équipes d'experts, l'une est belge (De Laet Ch., et al., 2006 - Centre fédéral d'expertise des soins de santé, KCE), l'autre est allemande (Classen & Lambert, 2007), qui ont tenté de faire une synthèse des programmes nationaux, régionaux et/ou des projets pilotes existants. Nous vous en proposons les principales grandes lignes ci-dessous.

♦ Dans leur rapport réalisé en 2006, De Laet et al. soulignent que seuls quelques pays ont introduit le dépistage du cancer colorectal dans leur politique de santé publique. Dans certains pays européens comme l'Allemagne, la République Tchèque, la France et le Royaume-Uni, le dépistage par Hémocult ou par endoscopie a été introduit comme dépistage de masse à un niveau régional. D'autres pays ont adopté des programmes en conformité avec les recommandations de l'Union Européenne; enfin, certains ignorent ces recommandations et proposent comme technique de dépistage la réalisation d'une colonoscopie ou d'une sigmoïdoscopie. A l'extérieur de l'Europe, des recommandations nationales concernant le dépistage du cancer colorectal ont donné naissance à différentes initiatives en la matière.

Les auteurs De Laet et al. dressent à l'aide du tableau repris ci-dessous un état des lieux précis concernant les pays européens suivants : les **Pays-Bas**, la **Finlande**, l'**Allemagne**, l'**Ecosse**, la **République Tchèque**, la **France**, le **Royaume-Uni** et l'**Italie** mais également concernant l'Australie, le Canada et les USA. D'autres détails concernant ces « projets/programmes » peuvent être consultés via le site suivant : www.kce.fgov.be/index.

Countries	National/regional program/pilot	Time interval	Test (options)	Age	Participation %
Netherlands	Pilot	2 yearly	Comparison 2 FOBT's (Hemoccult II and OC-Sensor mu)	50-74	/
Finland	Nat. Prog.	2 yearly	FOBT (unrehydrated Hemoccult II)	60-69	75 % (2005)
Germany	Reimbursement rules	FOBT: annually Colonoscopy 10 yearly	FOBT or Colonoscopy	50-54 =>FOBT 55+ => colonoscopy	/
Scotland	Pilot	2 yearly	FOBT	50 - 69	2000-2003: 55 % 2003-2005: 53 %
Czech Rep.	Nat. Prog.	2 Yearly	FOBT	50+	20% (2004)
France	Pilot	2 yearly	FOBT	50 -74	26% (2004)
UK	Nat. Prog. (2006)	2 yearly	FOBT (Hemoccult II)	60-69	2000-2002: 58,5 % 2003-2005: 51,9%
Australia	Nat. Prog.	2 yearly	iFOBT	55-65	45 %
Canada	Pilots	2 yearly/ annually	FOBT (unrehydrated Hemoccult II)	50-74	
Italy	Regional programs	/	- Lombardia: biennial FOBT	Lombardia: 50-74	29 % (2005)
			- Piemonte: FS or biennial FOBT	Piemonte: 59-69 (FOBT); 58 (FS)	
			- Toscana: biennial iFOBT	Toscana: 50-70	51,9 % (2004)
			- Valle d'Aosta: biennial iFOBT	Val d'Aosta: 50-74	59 %
			- Emilia-Romagna: biennial FOBT	Emilia-Romagna : 50-69	
			- Umbrie: FOBT	Umbrie: 50-74	
			- Veneto: biennial FOBT/ FS	Veneto: 50-69 (FOBT); 60 (FS)	69,5 % (2005) : FOBT 48 % : FS
USA	Regional Programs	/	- Annual FOBT	50+	
			- FS every 5 y		
			- Annual FOBT +sigmoidoscopy every 5 y		
			- DCBE every 5-10 y		
			- Colonoscopy every 7 to 10 y		

De Laet et al. (2006)

Enfin, en ce qui concerne la situation en **Belgique**, De Laet et al. signalent qu'aucun programme national de dépistage du cancer colorectal n'a été jusqu'à ce jour mis en place. Ils soulignent toutefois certaines initiatives provenant de la Communauté Néerlandophone du pays, comme par exemple la mise sur pied de projets pilotes de manière à pouvoir étudier la faisabilité d'un dépistage de masse du cancer colorectal en Belgique. A l'heure actuelle, des dépistages du cancer colorectal sont mis en place, de façon assez disparate, dans différents hôpitaux belges. Ils citent en exemple l'hôpital Saint-Joseph à Liège qui propose la réalisation d'une colonoscopie virtuelle comme technique de dépistage auprès des personnes âgées de plus de 50 ans.

Les auteurs rappellent également que lors d'un récent meeting (de consensus) concernant le cancer colorectal, la Société de Gastroentérologie plaidait pour l'implémentation d'un dépistage de masse. Les participants (gastroentérologues) recommandaient un dépistage annuel par Hémoccult auprès de toute la population âgée de plus de 50 ans (à l'exception des catégories dites à risques). La colonoscopie ne serait recommandée que lors d'un test positif ou auprès de personnes à risques.

♦ Malgré tous les progrès considérables dans les traitements médicaux et chirurgicaux, les taux de mortalité liés au cancer colorectal restent élevés en Europe. Les régions européennes où l'incidence de ce cancer est la plus élevée sont la République Tchèque, la Hongrie, la Pologne. Par contre, la Grèce et la Roumanie sont des régions où l'on constate un nombre faible de cas de cancer colorectal. La réduction du nombre de nouveaux cas et du nombre de décès liés à ce cancer passe par la mise en place intensive de campagnes de prévention et de programmes de dépistage.

L'étude réalisée par Classen & Lambert (2007 – Allemagne) avait pour but de déterminer si les pays européens proposaient des programmes de dépistage à leur population mais également de mieux connaître comment les éventuels programmes de dépistage mis en place sont préparés, planifiés, et exécutés.

Pour ce faire, ces auteurs ont envoyé un questionnaire auprès des 40 sociétés nationales de gastroentérologie des pays européens.

Les résultats de cette étude montrent que :

- Plus de la moitié des pays participants (n=39) déclarent avoir un programme de dépistage du cancer colorectal dans leur pays.
- 13 pays européens possèdent un programme national de dépistage de ce cancer et les 25 autres pays déclarent que la mise en place d'un tel programme de dépistage est en « négociation » avec les gastroentérologues et les autorités sanitaires nationales et que pour 3 pays (Hollande, Italie, Scandinavie), des études de faisabilité (coût/bénéfice) pour l'implantation de programme de dépistage de ce cancer sont en cours de réalisation.
- Selon les participants, l'explication la plus unanime de l'absence d'un tel programme au niveau national est liée au manque de moyens financiers disponibles pour ce dépistage mais aussi au manque de reconnaissance, par les autorités sanitaires de chaque pays, du degré d'urgence d'implémenter un programme de dépistage du cancer colorectal.
- Dans les pays où un programme de dépistage existe (n=13), le test Hémoccult a été retenu comme 1^{ère} méthode de dépistage par 8 pays (Albanie, Bulgarie, République Tchèque, Finlande, France, Hongrie, Slovaquie, Angleterre). Par contre, pour 5 autres pays (Autriche, Allemagne, Italie, Luxembourg et la Pologne), la 1^{ère} méthode de dépistage retenue est la colonoscopie et/ou la réalisation de 2 tests Hémoccult (le choix serait laissé aux personnes concernées par ce dépistage).
- Qu'en général, la stratégie utilisée, par les pays ayant un programme de dépistage pour sensibiliser/dépister les populations cibles, est la mise en route d'une procédure d'invitation par courrier postal (avec un système de rappel) envoyé par un organisme qui centralise toutes les informations et ce en collaboration étroite avec les médecins généralistes.
- Qu'afin de combattre le cancer héréditaire du côlon, un programme spécifique de dépistage, destiné aux familles ayant des membres atteints par ce cancer, est mis en place dans 14 pays. Seule la France possède un tel programme spécifique mis en lien avec le programme national de dépistage du cancer colorectal.

♦ Les guidelines de l'« Evidence-based » concernant le dépistage du cancer colorectal aux **USA** intègrent un test annuel par Hémoccult (fecal occult blood test - FOBT), à réaliser de manière unique, ou en association avec une endoscopie sigmoïdienne (à répéter tous les 5 ans auprès de la population âgée de plus de 50 ans). (Bond, 2006, Slattery et al., 2004; Lau et Sung, 2004; Weitzman et al., 2001; Miller et al., 2005; Lieberman, 2007; Mandel, 1999; Allison, 1996 cités par Slattery et al., 2004).

Plusieurs auteurs (Slattery et al., 2004 ; Ransohoff et al., 2002 ; Rex, 2000, cités par Slattery et al., 2004) recommandent de commencer le dépistage à 40 ans pour les personnes dont (au moins) un membre de la famille au premier degré est atteint de cancer, ou lorsque l'on présente des antécédents de polypes adénomateux.

Aux USA, cette façon de concevoir ce dépistage est perçue comme une option acceptable (Ward et al., 2004 ; American Cancer Society, 2003, cités par Bond, 2006). En effet, le

« FOBT » est facilement accessible, son utilisation est peu coûteuse (Bond, 2006) et l'absence d'inconfort physique lié à sa réalisation sont des avantages non négligeables eu égard à la réalisation d'une sigmoïdoscopie (Mandel, 1999 ; Allison, 1996, cités par Slaterry et al., 2004 ; Steele, 2006 ; Lieberman, 2007). En effet, le « FOBT » se réalise à domicile et ne demande pas de préparation intestinale particulière.

Bond (2006) pointe encore un autre avantage lié à l'utilisation de ce test : si ce test est utilisé dans un programme annuel de dépistage, il détecte plus de 92% de cas de cancers (Lieberman et al., 2001 ; Church et al., 1997, cités par Bond, 2006).

Cependant, ce test présente des inconvénients majeurs au regard des critères de spécificité et de sensibilité. (Lieberman, 2007). Les résultats de l'étude « Nottingham » montrent que ces tests pourraient « manquer » 50% des cancers en cours. En outre, il y a toujours environ 50% de faux positifs, donc la moitié des colonoscopies faites à la suite d'un résultat positif de FOBT ne détecte pas de cancer. (Steele R., 2006 - Angleterre).

Bond (2006 -USA) décrit les désavantages liés à ce test. Ils sont de plusieurs ordres :

- La faible sensibilité du FOBT ne permet pas une utilisation unique de ce test dans le temps. Ce qui signifie qu'à lui seul, l'Hémocult ne dépiste que 30 à 50% des cas de cancer. Lau & Sung, (2004) précisent que cette faible sensibilité est due en particulier au fait que toutes les lésions néoplasiques ne saignent pas et/ou que des lésions cancéreuses peuvent saigner par intermittence. Une autre étude (Nakajima et al., 2003, cités par Lau & Sung, 2004) a montré que le FOBT était plus efficace pour dépister les cancers du rectum que du côlon.
- Une mise en évidence de beaucoup de « faux » positif entraîne pour le patient des désagréments et des risques liés à la réalisation d'une colonoscopie + examens coûteux sans résultat bénéfique apparent pour le patient.

En ce qui concerne l'utilisation du test Hémocult, les guidelines aux USA recommandent la réalisation de 2 à 3 tests consécutifs afin d'éviter les problèmes liés à la réhydratation et la diète stricte qui risquent d'invalidier les résultats de ce test.

Malgré ces désavantages, Bond (2006) signale que le FOBT est la seule option de dépistage utilisée dans les études randomisées pour atteindre une réduction de la mortalité et une diminution de l'incidence liée à ce type de cancer.

Cinq grandes recherches⁸ randomisées incluant plus de 320.000 Américains et Européens âgés de 50 à 80 ans ont été réalisées durant ces 30 dernières années. L'une de ces 5 études a été menée par l'Université du Minnesota (1993) et cette institution a été la première à publier des conclusions assez définitives :

- L'utilisation du test Hémocult réhydraté (Beckman-Coulter, Palo Alto) pour dépister annuellement des individus asymptomatiques âgés de 50 à 80 ans ainsi que la réalisation d'une colonoscopie pour les personnes ayant un test Hémocult positif a permis de réduire la mortalité de ce cancer de 33%. Cette réduction de

⁸ a) Etude du Minnesota (Mandel JS, Bond JH, Church TR et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. N Engl J Med, 1993; 328: 1365-71).

b) Etude de Nottingham (Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MHE et al. Randomised control trial of faecal occult blood screening for colorectal cancer. Lancet 1996; 348: 1472-7)

c) Etude du Danemark (Kronborg O, Fenger C, Olsen J et al. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal occult blood test. Lancet 1996, 348: 1467-71)

d) Winawer S.I., Fleischer B.J., Schottenfeld D. et al., Screening for colorectal cancer with fecal occult blood testing and sigmoidoscopy, J. Natl Cancer Inst., 1993; 85 : 1311-8

e) 5ème étude non citée par Bond, 2006

mortalité est considérée comme une estimation minimale de la valeur du potentiel de ce test. Cette estimation minimale est à mettre en rapport d'une part avec la durée de l'étude (compliance à long terme de 75% chez les participants) et d'autre part, à l'introduction de l'utilisation de ce test dans les batteries usuelles d'examen de dépistage de suivi de patients auprès des personnes du groupe témoin. Les chercheurs du Minnesota ont estimé que si ce programme de dépistage était réalisé selon leur méthode et avec 100% de compliance, le taux de mortalité par cancer colorectal serait diminué de 45% comparé à un groupe contrôle qui n'aurait suivi aucun dépistage de ce cancer.

- Ces mêmes chercheurs ont démontré également :
 - Qu'il y a une diminution de 21% de la mortalité de ce cancer chez des personnes d'autres tranches d'âges qui ont suivi ce programme de dépistage.
 - Qu'il y a une diminution de 20% de l'incidence de ce cancer colorectal en cas de dépistage annuel (mise à jour de polypes pré cancéreux et résections de ceux-ci).

Des études randomisées réalisées à New York, au Danemark et en Angleterre mettent également en évidence une diminution de la mortalité de 15 à 43% (Winawer et al., 1993 ; Hardcastle et al., 1996, cités par Bond, 2006). De plus, toutes les études majeures réalisées jusqu'à ce jour, montrent que le dépistage par FOBT permet de détecter des cancers à des stades où ils sont « gérables », ce qui permet également d'augmenter le potentiel de survie des patients.

D'autres auteurs (Kavanagh, 1998 ; Slattery, 2000, cités par Slattery et al., 2004), mentionnent que l'efficacité du dépistage par sigmoïdoscopie a été démontrée après ajustement en fonction des facteurs de risque importants des modes de vie et de la consommation alimentaire. De plus, ce mode de dépistage suivi par une éventuelle colonoscopie subséquente a un impact positif sur l'incidence et la mortalité par cancer colorectal (Pignone, 2002 cités par Slattery et al., 2004). Enfin, les guidelines Américains recommandent la colonoscopie pour toute personne ayant un test FOBT positif car le lavement baryté ne permet pas de détecter des « petites anomalies » de la paroi intestinale aussi bien que la colonoscopie. (Winawer, 1997, cités par Weitzman et al., 2001 ; Winawer et al., 2000, cités par Bond, 2006).

Enfin, soulignons que l'American Cancer Society et le National Cancer Institute (USA) recommandent d'introduire dans les messages informatifs/éducatifs les notions d'exercices physiques, l'augmentation de la consommation de fruits et de légumes dans les stratégies de réduction des risques de cancers. (Larkey et al., 2007).

Aux **USA**, le CDC a décidé de relancer⁹ un nouveau programme de dépistage du cancer colorectal afin d'augmenter le taux de participation de la population de plus de 50 ans à ce dépistage. Actuellement une étude contrôlée randomisée est en cours et son objectif est d'évaluer les effets d'interventions ciblées auprès de patients (y compris patients à risque âgés de 50 à 80 ans) et de cliniciens qui fréquentent des centres de santé primaire. (Puddu & Tafforeau, 2006)

⁹ Date non précisée par les auteurs

♦ Au **Canada**, depuis 2002, le Comité national recommande un programme de dépistage du cancer colorectal structuré et organisé. Ce dépistage doit être offert à tous les adultes âgés de 50 à 74 ans et ce via l'utilisation du test Hémocult II ® non réhydraté à une fréquence bisannuelle. Pour ce comité national, un dépistage annuel provoquerait une légère diminution de la mortalité par cancer colorectal mais limiterait le rapport coût/bénéfice. En outre, ce comité recommande la réalisation d'une coloscopie ou d'un lavement baryté ou encore d'une sigmoïdoscopie en cas de résultat positif du test Hémocult. Ce même organisme insiste sur la nécessité d'informer clairement et complètement les patients des risques encourus lors de ces différents examens. (Puddu & Tafforeau, 2006).

♦ Pour sa part, l'**Australie** débiterait (2006) la mise en place de ce dépistage au niveau national auprès de la population âgée de 55 à 74 ans avec la possibilité d'étendre ce dépistage à d'autres tranches d'âges de la population. Le test Hémocult serait utilisé comme technique de dépistage. (Puddu & Tafforeau, 2006)

Dans leurs conclusions, Puddu & Tafforeau (2007) indiquent que les preuves disponibles jusqu'à ce jour ne permettent pas de privilégier un test de dépistage plus qu'un autre mais que toutes les recommandations formulées proposent l'utilisation du test par Hémocult car il est le seul test ayant fait l'objet de nombreuses études randomisées qui ont permis de mettre en évidence son efficacité. Dans un avenir plus ou moins proche, d'autres tests (colonoscopie virtuelle, dépistage moléculaire fécal) pourraient remplacer le choix actuel et donc modifier les recommandations en matière de dépistage.

De nombreuses directives recommandent la réalisation d'un dépistage par Hémocult pour les personnes âgées de 50 à 74 ans, chaque année voire tous les deux ans, ainsi que la réalisation d'une coloscopie en cas de résultat positif, et ce dans le cadre de programmes de dépistage organisés incluant une assurance de qualité. Ces « guidelines » rejoignent d'ailleurs les recommandations formulées le Conseil Européen en décembre 2003.

3. Représentations de la population cible, des soignants concernant le cancer colorectal, son pronostic, ses tests de dépistage proposés (principalement l'Hémocult)

3.1. Les représentations liées au test

♦ En vue de mettre en évidence les comportements de non prévention/dépistage et les risques qui en découlent au sein d'une population confrontée à des antécédents de cancer colorectal, une étude (Slattery et al., 2004 - USA) a été menée auprès de 2 groupes contrôles de la population âgée de 50 à 79 ans :

- Le premier groupe contrôle (n1=1.346) était composé de personnes dont un dépistage (entre octobre 1991 et septembre 1994) a mis en évidence un cancer naissant au niveau du côlon.
- Le second groupe contrôle (n2=952) concernait des personnes dont le diagnostic de tumeur rectale a été posé lors d'un dépistage réalisé entre mai 1997 et mai 2001.

A chaque groupe contrôle était associé un groupe témoin (Gr. T1 : n=1.544 et Gr. T2 : n=1.205) composé de personnes issues de la population en général et ayant les mêmes caractéristiques de sélection des groupes contrôles (âge, sexe, niveau instruction, antécédents familiaux de cancer colorectal, mode de vie, etc.)

Les résultats de cette étude montrent par exemple :

- Que les femmes en surcharge pondérale ou obèses se présentent davantage au dépistage, soit parce qu'elles y sont plus sensibilisées en raison de contacts plus fréquents avec des soignants, soit parce qu'elles se représentent l'obésité comme un facteur de risque de ce cancer .
 - En 1990, la plupart¹⁰ de ces femmes réalisaient un dépistage lorsqu'elles avaient des problèmes de santé ; en 2001, elles le font dans une démarche de prévention. Ce changement de comportement de dépistage pourrait être attribué à la mise en place en 1994 (Nord Californie) d'un programme de prévention du cancer colorectal qui promeut largement le dépistage de ce cancer par sigmoïdoscopie auprès des personnes à risque (antécédents familiaux et/ou personnels).
- L'implantation et la mise en oeuvre de ce programme de dépistage a permis également d'augmenter le nombre de lieux de dépistage et donc d'accroître in fine le nombre de personnes dépistées.

♦ Dans son éditorial, Lieberman (2007 - USA) pointe les obstacles généralement mis en avant par le public à une non participation au dépistage. Ces obstacles sont par exemple : l'impression d'être en bonne santé, le déni de problèmes de santé, la gêne et le dégoût de « manipuler » des selles lors de la réalisation du test, etc.

♦ Mauri et al., (2006 - Grèce) analysent les représentations et / ou les pratiques de généralistes en matière de dépistage du cancer colorectal. Leur revue de littérature montre une amélioration des pratiques de prévention dans les enquêtes postérieures à 2000 en France et en Italie (Denis et al., 2000 ; Federici, 2004) en comparaison avec une enquête réalisée en 1996 (Garcia-Giannoli, 1996). Mais les taux de recommandation de dépistage rapportés par les généralistes restent trop bas pour que le dépistage ait un impact sur la mortalité par cancer colorectal.

Ces auteurs remarquent que très peu d'études sont consacrées au dépistage des patients asymptomatiques. La plupart des publications traitent des problèmes de diagnostics tardifs liés au dépistage.

Selon Denis, (2003) (cités par Mauri et al, 2006), 66% des généralistes français prescrivent un dépistage du cancer colorectal à des personnes asymptomatiques mais seulement 20% le recommandaient systématiquement aux personnes sans antécédents familiaux.

L'enquête menée en Italie par Federici (2004) (cités par Mauri et al, 2006), montre que 95% des généralistes recommandent le dépistage colorectal et 83% de ceux-ci recommandent le test des selles. Quatorze pourcents des généralistes disent avoir l'Hemocult II dans leur cabinet et un tiers de ceux-ci l'utilise avec des patients asymptomatiques. 17% des médecins traitants interrogés rapportent effectuer des dépistages par toucher rectal et 10% conseillent des endoscopies.

¹⁰ Chiffres non cités par les auteurs

Cette même étude (Federici et al., 2004), montre également que des généralistes italiens (n=699) sont convaincus de l'efficacité du dépistage du cancer colorectal :

- 76 à 94 % en ce qui concerne le dépistage par test des selles,
- 96 % pour des dépistage par sigmoïdoscopie,
- 98% pour la coloscopie,
- 74% pour l'examen par toucher rectal.

Malgré ces représentations du dépistage, 78% seulement des généralistes recommandaient le dépistage colorectal : 64 % par test des selles, 55% par sigmoïdoscopie et 48% par coloscopie.

En Suisse, 79 % des généralistes reconnaissent l'importance du dépistage du cancer colorectal mais 34 % croient qu'il n'y a pas de preuve scientifique de l'efficacité de celui-ci (Cornuz, 2000, cité par Mauri et al., 2006).

Les pratiques de prévention sont beaucoup plus systématiques aux USA où la grande majorité des généralistes traite de manière satisfaisante le dépistage des patients asymptomatiques.

3.2. Représentations liées au cancer colorectal

♦ Selon l'enquête par entretiens de groupes menée par Weitzman et al., (2001 - USA) auprès de 39 hommes et femmes de plus de 50 ans, les connaissances sur la prévalence du cancer colorectal et sa contribution à la mortalité sont très mauvaises. Seuls quelques uns des hommes de moins de 64 ans l'identifient comme un des cancers les plus prévalents chez l'adulte. Les participants étaient en revanche tout à fait avertis de la prévalence et de la mortalité importantes des cancers du poumon, du sein et de la prostate. Les résultats de cette enquête confirment les données recueillies lors des études de Weinrich (1992, 1998) et de Wilcox, (1999).

D'autre part, les résultats de cette enquête montre que peu des participants sont conscients de l'exposition féminine à ce cancer. Selon des répondants¹¹, les recommandations de dépistage adressées par les généralistes aux hommes et peu/pas aux femmes renforceraient ces représentations d'un cancer dont les femmes seraient protégées. L'attention portée par les médias au cancer colorectal lorsqu'il touche des stars, souvent des hommes, renforceraient également ces représentations au sein de la population féminine. L'étude de Clavel-Chapelon réalisée en 1999 montrait déjà que les femmes et leurs médecins considéraient que les représentantes du sexe féminin étaient moins exposées que les hommes à ce type de cancer, ce qui expliciterait leur faible participation au dépistage.

Cette même enquête montre également qu'une large majorité des participants estiment que l'histoire d'antécédents familiaux de cancer colorectal est le déterminant le plus important, voire le seul dans la survenue de ce cancer et donc, aucun lien n'est fait par les participants avec d'autres facteurs de risque (alimentation déséquilibrée, tabac, alcool, etc.). Les travaux de Glanz, (1999) avaient également mis en évidence que le public, y compris les adultes ayant un proche atteint par ce cancer, a tendance à sous-estimer le risque d'en être atteints.

De plus, les répondants de cette étude, déclarent ne pas se sentir concernés par le cancer colorectal tant qu'il y a pas de manifestations ou ressentis de symptômes (saignements, problèmes digestifs, douleurs) ; ils ne perçoivent pas aussi la possibilité d'une évolution

¹¹ Nombre de participants non communiqué par les auteurs

asymptomatique de ce cancer et la perception du risque est écartée par d'autres préoccupations de santé, notamment les risques être atteints par d'autres cancers.

Enfin, l'absence de manifestation de préoccupation et / ou l'absence de recommandation de dépistage de la part de leurs généralistes sont, selon les participants, une des causes de leur faible perception du risque.

3.3. Représentations liées au dépistage

3.3.1. Par le public

♦ Les participants interrogés lors d'entretiens de groupe (Weitzman et al., 2001) étaient septiques quant à l'influence des facteurs de mode de vie mais aussi par rapport à l'utilité du dépistage. Ces derniers n'imaginaient pas qu'un cancer puisse se développer sans ressentir une « symptomatologie » et, à fortiori un cancer colorectal.

D'autre part, une grande majorité de ces participants mentionne n'avoir reçu aucune information/éducation (orale ou écrite) concernant la prévention de ce cancer de la part de leur médecin traitant. Quelques participants signalent que des recommandations de participation à ce dépistage leur ont été formulées par leur médecin traitant mais sans pour autant avoir eu la possibilité de discuter des raisons d'adhérer à une telle démarche.

De plus, les participants qui s'étaient soumis à un seul test de dépistage de ce cancer, semblaient se sentir protégés et ne pas percevoir le risque de cancer colorectal postérieur à cet examen et donc, ne percevaient pas l'utilité et la nécessité de se soumettre régulièrement à ce dépistage. Or, ces mêmes participants déclaraient dans le même temps se soumettre régulièrement à d'autres dépistages de cancers (cancer du sein, cancer cervical, cancer de la prostate, etc.) afin de s'assurer d'être en bonne santé !

Les raisons évoquées par les participants quant à leur faible adhésion au dépistage du cancer colorectal sont par exemple :

- L'inquiétude des risques liés à l'examen par sigmoidoscopie et le manque de dialogue informatif/éducatif médecin-patient à propos de ces risques
- La représentation/perception que ce dépistage se faisait dans une position « indigne ».
- La méconnaissance ou l'incompréhension des raisons de la répétition à court terme (tous les ans) de ce test. Pour Miller et al., (2005), le manque de connaissance sur le cancer colorectal et la confusion quant à la méthode de dépistage par FOBT sont cités par les patients comme des obstacles au dépistage. Enfin, l'étude de Dubé et al.,(2005), montre qu'aux yeux de la population les messages de prévention de ce cancer sont très importants et qu'ils sont à répéter très régulièrement comme cela se pratique, par exemple, pour le cancer du col utérin.
- Le dégoût face à la « manipulation » de selles. Les résultats d'études importantes¹² (Mandel et al., 1993 ; Hardcastle et al., 1996 ; Kronborg et al., 1996 citées par Lau & Sung, 2004) mettent aussi en évidence que la compliance des patients à l'Hémocult serait limitée à cause de la nécessité de devoir conserver un échantillon de selles.
- L'attitude des professionnels de la santé vis-à-vis de ce test : oubli de délivrer le kit de dépistage lors de la consultation annuelle, perception par les patients que ce test n'est pas important aux yeux des soignants en cas d'oubli du test de la part des patients, perception par le patient que ce test est « prescrit » dans un contexte plus

¹² Etude du Minnesota, Etude de Nottingham et Etude du Danemark op cit p.13

« administratif » que « personnalisé », etc. sont autant de raisons qui pourraient contribuer à décrédibiliser les soignants mais aussi l'utilité et la pertinence de ce test de dépistage !

♦ Outre la mise en évidence des comportements de non prévention/dépistage et des risques qui en découlent au sein d'une population confrontée à des antécédents de cancer colorectal, l'étude de Slattery et al., (2004 - USA) montre également que le taux de dépistage par sigmoïdoscopie pour un contrôle est plus élevé pour les hommes (76,2%) que pour les femmes (69%) dans les groupes contrôles. Un niveau d'éducation avancé, la sédentarité, le mode de vie, les habitudes alimentaires, l'histoire médicale personnelle, etc. sont autant de facteurs prédisposant et motivant le public cible à maintenir dans le temps la réalisation de ce test de dépistage

♦ Malgré une diffusion importante par les médias des recommandations de dépistage (Etats-Unis), les taux de dépistage restent très faibles. Seulement 20,6% des personnes âgées de plus de cinquante ans disent avoir réalisé un dépistage par FOBT dans l'année et 33,6% des personnes de plus de 50 ans déclarent avoir un jour subi une colonoscopie ou une sigmoïdoscopie (Center for Disease Control and Prevention, 2001, cité par Wackerbarth et al., 2006).

Selon Wackerbarth et al., 2006, « *sans recommandation d'un médecin, la probabilité qu'un patient se fasse dépister est très faible* ». Mais la mention du dépistage par le généraliste n'est pas suffisante (Wee et al., 2005, Janz et al., 2003, Patel et al., 2004 cités par Wackerbarth et al., 2006).

L'enquête menée aux Etats-Unis (Wackerbarth et al., 2006) auprès de 65 médecins (60% de spécialistes en médecine interne et 40 % de généralistes) montre que :

- Presque tous (98,5%) recommandent le dépistage du cancer colorectal aux personnes âgées de plus de 50 ans. Mais seulement 12,3 % des participants expliquent qu'il n'est pas nécessaire d'avoir des symptômes pour que le dépistage soit utile et seulement 6,2% d'entre eux s'assurent de la compréhension du patient en lui demandant s'il a des questions concernant ce dépistage.
- 72,3% des médecins interrogés propose une stratégie de dépistage particulière, les 27,7% restants présentent plusieurs options. Cependant, seulement 49,2 % des médecins participant justifient la stratégie qu'ils recommandent et 32,3% d'entre eux donnent des détails à propos de ces procédés. Seulement 10,8% des répondants acceptent une stratégie « de compromis » lorsque le patient refuse leur première recommandation.
- 67,7 % des médecins interrogés abordent les hésitations du patient avec lui et 52,3% décrivent les bénéfices liés au dépistage tandis que 15,4% des répondants abordent les risques et obstacles perçus par le patient.
- Peu de médecins discutent avec le patient de son rôle dans la prise de décision (33,8%) ou s'inquiètent des préférences des patients pour les modes de dépistage (1,5%).
- Qu'il est possible d'associer les recommandations de dépistage du cancer colorectal aux recommandations de dépistage d'affections et de cancers plus connus par les patients comme le font 35,4% des médecins interrogés. Certains médecins l'abordent en parlant d'autres comportements de santé susceptibles de maintenir ou d'améliorer le bien-être du patient (29,2%). Enfin 27,7% abordent le

sujet en expliquant qu'ils se basent sur des recommandations d'institutions médicales compétentes (medical guidelines).

Selon Wackerbarth et al., 2006, un accompagnement des médecins pour la formulation des recommandations de dépistage s'impose. Les auteurs insistent sur la nécessité d'aborder la pertinence du dépistage chez les personnes asymptomatiques. Il est également important d'aborder les bénéfices du dépistage, les risques perçus, les différentes stratégies et d'accepter des « stratégies de compromis ». Les auteurs suggèrent que les médecins posent des questions aux patients non seulement pour s'assurer de leur compréhension mais également pour comprendre leur contexte de vie afin de formuler des recommandations qui tiennent compte de leurs valeurs et préférences et, in fine appréhender les patients dans une vision globale de leur santé.

3.3.2 Par les professionnels de la santé

♦ De nombreuses études montrent que les médecins généralistes ne sont pas toujours bien informés sur les pratiques de dépistage du cancer colorectal. Un taux élevé variant de 60% (Sladden et al, 1999 ; Hawley et al, 2001 cités par Federici et al., 2005) à 70% (Klabunde et al, 2003) des médecins ne croient pas que l'Hemoccult soit un test de dépistage très efficace et ils ne recommandent pas les tests du cancer colorectal dans les populations à risque. (Klabunde et al, 2003).

Les travaux de Vernon SW, (1997) (cités par Federici et al., 2005) montrent que les caractéristiques¹³ professionnelles, personnelles et socio-environnementales influencent les attitudes des médecins généralistes face au dépistage.

L'étude quantitative menée en juin 2002 (Federici et al., 2005) auprès de médecins généralistes italiens (nombre total de questionnaires envoyés = 1.192, n = 699 répondants, taux de réponses : 59%) exerçant dans la région de Rome avait pour but d'explorer leurs représentations concernant le dépistage de ce cancer.

Quelques résultats de cette étude montrent que :

- 90% des médecins interrogés pensent que ce cancer est une maladie qui peut être prévenue
- Leurs sources d'informations pour la mise à jour de leurs connaissances sont par ordre décroissant :
 - La lecture de la littérature scientifique pour 83% des répondants
 - Les recommandations nationales et gouvernementales (87,3%),
 - La formation médicale continue (75,7%)
 - La formation universitaire continue (57,7%)
 - Les échanges sur leurs pratiques avec les collègues (39,3%),
 - Les médias (13,9%)
 - Les habitudes locales communautaires (9,4%)

Le traitement statistique de ces données montre qu'il existe une forte corrélation positive (2.26) entre l'utilisation des recommandations nationales et le score de connaissances, à l'inverse une faible corrélation est établie entre les habitudes locales (-0.34) et la formation universitaire (-0.03).

- Selon les répondants, les raisons de non adhésion des patients au dépistage de ce cancer sont dues à :

¹³ NB : aucunes informations détaillées fournies par Federici et al., 2005

- La peur de l'annonce d'un résultat positif (score moyen de 2.81)
- L'inconfort lié à l'examen (score moyen de 2.68)
- Une faible perception du risque (score moyen de 2.26)
- L'aspect coût financier du test (score moyen de 2.13)
- La mise en cause de la procédure par d'autres médecins (score moyen de 1.46)
- Les raisons invoquées par des répondants à la non recommandation par d'autres médecins pour l'utilisation de l'Hémocult sont par ordre décroissant :
 - Le manque de confiance vis-à-vis du test : trop de faux positif (score moyen de 2.51) et de faux négatif (2.37).
 - Le manque d'observance de la population (2.47).
 - L'inconfort et les inconvénients liés à l'examen pour les bénéficiaires (1.89).
 - Le coût financier du test (1.64).
 - Et la croyance que le cancer colorectal est une maladie qui peut être prévenue (1.33).

Dans leurs conclusions, Federici et al., (2005), soulignent que les stratégies de dépistage de ce cancer par Hémocult ou par endoscopie font appel à 2 approches différentes de la maladie :

- En cas de dépistage par Hémocult, vision plus centrée sur la santé qui nécessite de fournir des explications aux patients et d'assurer un suivi médical régulier (surtout en cas de résultat positif au test).
- En cas de dépistage par endoscopie, leurs visions de la problématique est plus médicale et plus « habituelle » dans leur schéma de prise en charge d'un problème de santé.

Cette perception d'approche différente par les médecins serait liée au fait que le test Hémocult se réalise soit par le patient à son domicile ou soit par le médecin au cabinet médical mais que par contre, la réalisation d'une endoscopie fait appel à un gastroentérologue qui assurera seul le follow-up du patient et en dehors de tout contact avec le médecin traitant. (Schroy, 2002 cité par Federici et al., 2005)

♦ Une étude picarde (France) (Canry & Boche, 2005) a été menée en 2003 auprès des médecins généralistes de cette région afin de mieux comprendre les attitudes, les comportements de ces derniers vis-à-vis de leurs pratiques de prévention de dépistage des cancers mais aussi de faire le point sur l'état de leurs connaissances en ce qui concerne les facteurs de risque (alcool, tabagisme, alimentation saine, exercices physiques, etc.) et la mise en relation de ces facteurs avec les pratiques de dépistage des cancers ; (sein, prostate, colon, poumons, etc.)

Au total, 31% (480/1531) des généralistes picards ont participé à cette enquête par questionnaire. Il en ressort par exemple que :

- Pour 95% des participants, les activités de prévention concernent la majorité de leur pratique clinique et 15% d'entre eux déclarent qu'ils participent activement aux activités de dépistage (informations sur les méfaits de l'alcool et du tabac, informations sur les maladies sexuellement transmissibles, etc.)
- 75% des médecins interrogés déclarent utiliser des supports informatifs/éducatifs (posters, brochures, etc.). Ce sont plus particulièrement les médecins féminins âgés de moins de 40 ans qui utilisent ce type de matériel.
- 97% des répondants déclarent demander systématiquement aux patients leurs habitudes tabagiques et leur consommation d'alcool et 95% d'entre eux sont disposés

à aider le patient à faire un tel sevrage. Cependant, 63% des répondants estiment qu'ils sont mal informés quant aux modalités d'une telle prise en charge.

- Plus spécifiquement au niveau du cancer colorectal, 95% des répondants déclarent :
 - Informer leurs patients âgés de 45 ans et plus des risques de cancer colorectal et de l'importance de réaliser ce dépistage tous les 2 ans. Mais aucun des répondants ne lie les facteurs de risque et l'intérêt de ce type de dépistage.
 - 75% des répondants estiment que proposer ce dépistage relève du rôle du médecin généraliste. Cependant, l'étude révèle que seulement 14% des répondants possèdent le matériel nécessaire (Hémocult II®) dans leur cabinet médical. 4% de ces derniers utilisent l'Hémocult dans l'optique d'un dépistage du cancer colorectal. Or, 83% des répondants signalent que ce test est le plus couramment utilisé vu sa facilité d'utilisation dans un cabinet médical.
 - En l'absence de toute symptomatologie clinique, l'examen par toucher rectal est pratiqué par 17% des répondants et l'endoscopie est proposée par 10% des participants à cette étude.

Cette étude montre qu'une grande majorité des médecins traitants interrogés ont une perception positive des dépistages des cancers et pratiquent les activités de prévention primaires et secondaires.

Cependant, il en ressort que ces pratiques de prévention sont différentes en fonction des facteurs de risque. En effet, la prévention du tabagisme est largement réalisée par ces médecins (97%) mais ils admettent qu'ils sont peu formés quant aux modalités d'arrêt du tabac ainsi que pour une prise en charge psychologique de ces patients. Ces difficultés de suivis relevées par les médecins picards sont également soulignées par d'autres études (Garcia-Giannoli et al., 1996 ; Pizzo et al., 2003 cités par Ganry & Boche, 2005). En ce qui concerne la prévention de l'obésité, les médecins picards semblent être plus réticents à éduquer ces patients à consommer moins de viandes au profit de plus de légumes et de fruits. Ce constat a également été mis en évidence dans l'étude de Garcia-Giannoli et al. (1996, cités par Ganry et al., 2005)

En ce qui concerne plus particulièrement la prévention du cancer colorectal, tout comme dans d'autres études (Garcia-Giannoli et al., 1996 ; Denis et al., 2003, Klabunde et al., 2003, cités par Ganry et al., 2005), l'étude picarde montre que les médecins généralistes considèrent qu'ils ont un rôle à jouer dans la prévention et le dépistage de ce cancer. Cependant, il est paradoxal de constater qu'une majorité de ces médecins ne réalisent pas le test Hémocult lors d'une consultation au cabinet médical mais rédigent plutôt une ordonnance au patient ou encore l'invite à se rendre dans un laboratoire clinique pour réaliser ce test.

D'autre part, cette étude souligne également que seulement 4% des médecins interrogés utilisent le test Hémocult dans une optique de dépistage du cancer colorectal.

Les représentations du cancer colorectal, de son dépistage et de son pronostic ont été envisagées sous l'angle de deux « publics cibles » : la population et les professionnels de santé, ici principalement le médecin généraliste.

Différents facteurs freins ont été mis en évidence dans le cadre cette revue de littérature et concernent notamment le déni face au problème de santé, la gêne et le dégoût de devoir « manipuler » des selles lors de la réalisation du test, l'idée que l'on est en bonne santé et donc invulnérable (Lieberman, 2007) et forcément peu concerné par une campagne de dépistage. L'impression que cette pathologie n'atteint que la gente masculine (Weitzman et al, 2001), l'idée largement répandue que seuls les antécédents familiaux sont responsables de la

survenue d'un cancer colo-rectal, et surtout le fait d'être asymptomatique sont autant de (fausses) croyances qu'il faut continuer de combattre lors de la mise en place d'une campagne de dépistage de masse.

Enfin, le dossier technique a également permis de confirmer que les médecins généralistes ne sont pas encore suffisamment (in)formés sur les pratiques de dépistage du cancer colo-rectal (Federici, 2005).

4. Les facteurs psycho-sociaux développés et/ou à développer pour favoriser l'adhésion à ce dépistage

4.1. En ce qui concerne les professionnels de santé

♦ Selon une étude réalisée en Angleterre, (Stermer, 2004 cité par Mauri et al., 2006), les généralistes rapportent différents facteurs qui font obstacle à leurs pratiques de dépistage :

- La peur de sur-médicaliser leurs patients,
- Le sentiment d'être en grande difficulté pour proposer (et réaliser) une suite adéquate du processus de diagnostic en cas de dépistage positif,
- Et le manque de formation.

♦ Afin de faciliter l'adhésion de la patientèle à tout processus de dépistage et plus particulièrement à celui du cancer colorectal, il est nécessaire que les médecins « maîtrisent », voire « taisent » leurs éventuelles représentations peu favorables vis-à-vis de ce test de dépistage car leurs patients n'ont à priori pas d'objection à réaliser ce test mais ils veulent surtout comprendre le pourquoi de l'examen. Dès lors, les professionnels de la santé doivent impérativement informer, établir un réel dialogue en partenariat avec leurs patients afin de permettre à ces derniers de faire leur choix, d'adhérer et de s'engager dans cette procédure de dépistage. Enfin, en vue d'améliorer l'information et les connaissances du grand public sur les risques et les méfaits du cancer colorectal, il est nécessaire de réaliser des campagnes informatives, répétées régulièrement dans le temps, où les messages éducatifs de ces campagnes sont relayés par les professionnels de la santé (Dubé et al., 2005).

4.2. En ce qui concerne le public, les patients

♦ L'essai randomisé contrôlé mené aux Etat Unis (entre juillet 2001 et avril 2002 auprès de 194 patients) avait pour but de déterminer le niveau des connaissances des patients quant au cancer colorectal et aux méthodes de dépistage utilisées (Hémocult II Sensa test kit).

Le groupe contrôle (n= 101 patients) était informé /éduqué par une infirmière tandis que les patients du groupe témoin (n= 93) recevaient les informations via un programme informatique. (www.intmedweb.wfubmc.edu/cai/fobt.htm).

Ce programme contenait :

- Des informations épidémiologiques sur l'incidence du cancer colorectal,
- Des explications sur les raisons d'accepter de faire le dépistage,
- Des informations sur la procédure de dépistage à suivre y compris les conseils alimentaires à suivre avant la réalisation du test,
- Une description de la procédure pour la collecte des échantillons de selles,

- Et enfin, la description de la procédure d'envoi du test dans un laboratoire médical.

Les patients inclus dans le groupe contrôle lisaient la notice du test en compagnie de l'infirmière, cette dernière répondait aux éventuelles questions posées par les patients.

En fin d'activités informatives/éducatives, tous les patients inclus dans les deux groupes recevaient le kit complet du test à retourner au laboratoire désigné.

Le premier indicateur d'évaluation de cette étude avait pour but de mesurer l'adhésion des patients aux recommandations de réaliser et de retourner le test de dépistage au laboratoire désigné. Les résultats obtenus montre qu'il y a peu de différence d'adhésion entre le groupe contrôle et le groupe témoin :

- 63% des patients du groupe contrôle (intervention d'une infirmière) ont renvoyé le test,
- 62% des patients du groupe témoin (suivi du programme informatique) ont fait de même.

Les objectifs visés par d'autres indicateurs d'évaluation de cette étude concernaient par exemple :

- L'évaluation par questionnaire du niveau de connaissances des patients au lendemain de l'intervention éducative (indicateur de maîtrise des connaissances) montre que les résultats obtenus dans le groupe témoin sont légèrement améliorés par rapport aux résultats obtenus dans le groupe contrôle.
- L'évaluation par questionnaire du risque perçu par les patients de développer un cancer colorectal.
- L'évaluation des croyances des patients sur l'utilité de la méthode de dépistage par le test d'Hémocult.

Cependant, pour les deux derniers indicateurs d'évaluation, Miller et al., (2005) ne fournissent aucun résultat mais signalent simplement que leur programme d'intervention avait été conçu en vue d'augmenter les connaissances des patients et ainsi renforcer le sentiment d'auto-efficacité de ces derniers. En ce qui concerne l'évaluation d'une éventuelle gêne des patients quant au fait de devoir manipuler des selles, ou encore par exemple une évaluation d'un degré d'anxiété liée à l'attente des résultats de leur test, les auteurs de cette étude semblent ne pas les avoir pris en considération.

♦ La revue de littérature réalisée par Gili et al., (2006, Majorque - Espagne) permet de mettre en évidence qu'une démarche d'adhésion des patients au dépistage du cancer colorectal est influencée par différentes variables comme par exemple :

- Des variables socio-démographiques :
 - L'influence de l'âge : certaines études ont mis en évidence que les plus jeunes patients participent en plus grand nombre à ce dépistage (Farrands et al., 1984 ; Morrow et al., 1982 ; Hardcastle et al., 1980). Par contre, les résultats obtenus dans d'autres études montrent que les patients plus âgés adhèrent davantage à ce dépistage (Ioannou et al., 2003 ; Kewenter et al., 1998) ; enfin, pour d'autres études, aucun lien n'est établi (Dent et al., 1980)
 - Les patients de sexe masculin ayant un niveau social élevé et une histoire familiale d'antécédents de cancer colorectal, des connaissances à propos de ce cancer sont plus enclins à suivre les recommandations de dépistage émises par leurs médecins traitants (Weitzman et al., 2001)

- Des variables psychosociales comme les perceptions du cancer, des perceptions de l'efficacité du dépistage, la perception d'un soutien social, les stratégies de coping, les influences sociales, les croyances de santé, etc. (Sewitch et al., 2005 ; Montano et al., 2004 cités par Gili et al., 2006) jouent un rôle dans l'adhésion aux comportements de santé positifs. Par exemple, l'étude de Myers et al., 2004 montre (cités par Gili et al., 2006) que le « health locus of control » est prédicteur du comportement de dépistage du cancer en général. Pour d'autres études, il en va tout autrement. Les études de Hallal et al., (1982) et de Nemcek, (1989) (cités par Gili et al., 2006) montrent que dans le cadre du cancer du sein, croire que les « autres » ont une influence sur notre santé est inversement lié à l'examen de dépistage de ce cancer. L'impact des stratégies de coping et l'impact du soutien social ont également fait l'objet d'études qui montrent des effets tant positifs que négatifs (Stanton et al., 2002 ; Anagnostopoulos et al., 2004 ; Rosberger et al., 2002 ; Holland et al., 2003 ; Hyang et al., 1994, cités par Gili et al., 2006).

L'étude qualitative réalisée par Gili et al., (2006) auprès de 90 patients, issus de familles ayant un parent ou un(e) sœur/frère souffrant de ce cancer, avait pour objectifs d'évaluer :

- L'influence des croyances générales des patients sur le locus of control (la chance/pouvoir des autres sur mes décisions).
- Les stratégies de coping mises en place comme la recherche de soutien social, la recherche de solutions, s'estimer heureux, avoir des pensées positives, la religion ou au contraire la mise en place de stratégies d'évitement comme par exemple se blâmer, blâmer les autres, se résigner, avoir un état émotionnel instable, etc.)
- Le soutien social perçu comme par exemple la qualité de l'écoute, la satisfaction vis à vis du soutien familial/amical/professionnel/ des soignants.
- Et l'évaluation des connaissances sur le cancer colorectal.

Les résultats de cette étude ont permis de mettre en évidence que les prédicteurs de l'adhésion au dépistage de ce cancer sont les connaissances de la fratrie sur ce cancer, la participation active de l'ensemble de la famille au dépistage du cancer colorectal ; la perception d'un soutien social très fort, le fait d'être une personne jeune et de sexe masculin. Les personnes qui développent des stratégies de coping positives de type comportemental sont celles qui répondent positivement au programme de prévention et de dépistage de ce cancer. Par contre, les personnes qui sont persuadées que les « autres » ont un pouvoir sur leur propre santé refusent plus facilement et plus régulièrement de participer au dépistage.

♦ Les auteurs des articles retenus dans le cadre de ce dossier technique sont unanimes à propos de la nécessité d'utiliser d'autres moyens de dépistage que le test Hémocult en cas de résultats positifs. C'est pourquoi, volontairement, les auteurs de ce dossier ont souhaité faire apparaître des résultats d'une étude liés par exemple au vécu de patients subissant une colonoscopie/sigmoïdoscopie.

La préparation du côlon indispensable avant la réalisation d'une sigmoïdoscopie et l'inconfort vécu lors de cet examen sont 2 aspects cités par tous les patients (qui ont subi cet examen) comme étant des obstacles importants à la répétition de cet examen dans le temps.

Cependant, les explications fournies par le médecin pendant le processus d'examen facilitent en revanche le vécu de l'expérience. Proposer aux patients qui le souhaitent de suivre l'examen sur un écran est également une pratique qui facilite l'acceptation d'un tel examen (Weitzman et al., 2001) .

Afin de faciliter l'adhésion de la patientèle à tout processus de dépistage et plus particulièrement à celui du cancer colorectal, il est indispensable que les médecins généralistes prennent conscience que leurs éventuelles représentations peu favorables vis-à-vis du test Hémocult ou de toute forme de dépistage, risquent d'être un réel frein à une tentative/demande d'adhésion de la part de patients vis-à-vis d'une démarche de dépistage. C'est pourquoi, les généralistes doivent impérativement « oublier » leurs propres représentations/perceptions au profit d'une démarche informative/éducative concrète et porteuse de sens pour les patients.

En ce qui concerne le public et les patients, il est établi que des variables socio-démographiques mais aussi des variables psychosociales telles que les perceptions du cancer, la perception de l'efficacité du dépistage, la perception d'un soutien social familial et, de la part des soignants, les stratégies de coping, etc. sont autant d'éléments qui jouent un rôle dans l'adhésion aux comportements de santé positifs et donc à l'adhésion à une démarche de prévention/dépistage. (Sewitch et al., 2005; Montano et al., 2004 cités par Gili et al., 2006). La prise en compte de ces variables dans la relation interpersonnelle patient/médecin est nécessaire pour aider le patient ou la personne à cheminer et progresser dans sa prise de conscience de l'importance de s'engager dans une démarche de prévention/dépistage en générale et en particulier vis-à-vis du cancer colorectal.

5. Les stratégies/activités mises en place pour favoriser la réalisation et la participation au dépistage colorectal

Cette revue de littérature met en évidence des stratégies/activités qui visent préférentiellement les professionnels de la santé, les publics cibles et les programmes de dépistage.

5.1. Stratégies visant les professionnels de la santé :

♦ La diffusion et la sensibilisation/information large auprès des professionnels de santé et plus particulièrement des médecins traitants aux recommandations de bonnes pratiques en termes de dépistage de cancers colorectal mais aussi une formation en éducation du patient et la mise en place d'une stratégie de rappel de l'importance de ce dépistage par courrier postal à la patientèle a permis d'accroître significativement ($p < 0.001$) la pratique du diagnostic complet¹⁴ d'évaluation (DCE) du cancer colorectal en cas de l'Hémocult positif (Myers et al., 2001).

♦ Outre l'offre faite et/ou à faire aux médecins généralistes de remettre à jour leurs connaissances scientifiques dans le domaine du cancer colorectal, il est important que ces derniers soient également en accord et acceptent les recommandations de bonnes pratiques en matière de dépistage de ces cancers émises par les autorités médicales et/ou par les politiques de santé instaurées par chaque pays. Ces deux aspects sont des facteurs incontournables pour augmenter la pratique du dépistage par les médecins généralistes. Parallèlement à ces 2 facteurs, il est tout aussi important d'améliorer la prise de conscience de

¹⁴ Pour ces auteurs, ce diagnostic complet d'évaluation comprend la colonoscopie ou la combinaison de la sigmoïdoscopie et du lavement baryté.

ces derniers vis-à-vis de leur rôle clé dans la prévention (au sens large) et donc de leur rôle primordial dans le champ de la santé publique.

D'autre part, la mise en place d'une coordination centralisée pour la gestion du dépistage et d'un contrôle par les services de santé autorisés est un élément important à mettre en place et ce particulièrement pour le suivi des patients ayant un test positif.

Cependant, il persiste de grandes réticences de la part des praticiens vis-à-vis de recommandations émises pour le dépistage de ces cancers. En effet, leurs propres perceptions de la prévention du cancer colorectal et les recommandations de son dépistage sont différentes. La plupart d'entre eux estiment que le meilleur test de dépistage de ces cancers est la coloscopie, suivie de sigmoïdoscopie. Quant au test Hémocult, ils le considèrent comme peu efficace et sa faible efficacité peut être augmentée si celui-ci est réalisé par un médecin généraliste lors d'une consultation dans son cabinet médical suite à un toucher rectal plutôt qu'au domicile du patient lors de différentes défécations. (Federici et al., 2005)

♦ Tout comme d'autres études (Garcia-Giannoli et al., 1996 ; Schapira et al., 1993 ; Wender et al., 1993 cité par Ganry & Boche, 2005), celle réalisée en Picardie (Ganry & Boche, 2005) a permis de mettre en évidence des difficultés dans la réalisation des activités informatives/éducatives par les médecins traitants. En effet, ces derniers pointent des difficultés pour inscrire dans leur pratique les mesures de prévention et de dépistage des cancers : le manque de temps, le peu de compliance de la part des patients vis-à-vis de leurs messages préventifs/éducatifs, l'absence de perceptions de résultats des actions préventives réalisées par les médecins sont autant de freins à l'encrage dans les pratiques médicales d'activités de promotion et d'éducation pour la santé. Paradoxalement, les médecins traitants perçoivent peu que leurs pratiques s'écartent des recommandations formulées dans les guides de bonnes pratiques cliniques de dépistage de cancers. C'est pourquoi de tels guides propres aux médecins traitants devraient être élaborés (Brownson et al., 1993, cités par Ganry & Boche, 2005)

5.2. Stratégies visant les publics cibles :

♦ Une étude italienne (Segnan et al., 2007 cités par Lieberman, 2007) a démontré que l'adhésion aux recommandations de dépistage était généralement faible si les patients recevaient une lettre les invitant à participer au dépistage via le test Hémocult¹⁵. Par contre, si cette lettre d'invitation est, d'une part, annoncée dans le cadre d'une campagne locale de promotion du dépistage relayé par tous les médias locaux, des groupes de volontaires, des associations et d'autre part, que ce courrier est signé personnellement par tous les médecins traitants qui participent activement à ce programme, alors le taux de participation des patients est significativement plus élevé.

En outre, l'adhésion de la patientèle à ce dépistage est facilitée si un entretien individuel médecin/patient est mené pour informer et expliciter les motifs, le déroulement du test, le comment seront communiqués les résultats, etc. De plus, l'utilisation d'outils éducatifs reprenant ces informations renforcent ces messages verbaux et donc l'adhésion des publics cibles. (Lieberman, 2007).

Cependant, cet auteur constate qu'il manque d'indicateurs de performance des programmes de dépistage dans le long terme... En effet, par exemple,

- Personne ne peut prédire des comportements de dépistage des patients après 10 ans d'adhésion à une telle démarche.

¹⁵ Non précisé si le facteur de non adhésion aux recommandations de dépistage est à relier à la lettre ou au fait de la proposition du test Hémocult soit la seule alternative pour les participants

- On ne connaît pas quelle est la proportion de patients référés pour une colonoscopie après des années de dépistage.
- On ne connaît pas la proportion des personnes qui ont un test Hémocult positif et qui ne vont pas jusqu'à réaliser la colonoscopie
- On ne peut (pré)dire que si les patients avaient su dès le début des tests de dépistage par Hémocult qu'ils auraient à subir in fine une colonoscopie s'ils n'auraient pas opté d'emblée pour la colonoscopie

Or, toutes ces questions ont un impact sur l'efficacité des programmes de dépistage.

♦ L'étude pilote réalisée en Ecosse et en Angleterre et dénommée « Etude de Nottingham » (Steele, 2006) concerne au total 1 million d'habitants. Les personnes âgées de 50 à 69 ans habitant dans ces deux régions ont été invitées à participer à un programme de dépistage par FOBT sur une période de deux ans. L'invitation était envoyée par courrier postal. Cet envoi contenait également :

- Le test de dépistage,
- Des informations sur les implications du dépistage (réaliser 3 tests sur 2 ans et pour chaque test 2 échantillons de selles sont à envoyer sous enveloppe spéciale dans un laboratoire désigné),
- Les informations détaillées sur la marche à suivre en cas de résultats « douteux » (faux positifs/faux négatifs) comme par exemple :
 - Si le test est modérément positif (< de 5 échantillons), le test sera à répéter après avoir suivi des recommandations de diététiques particulières.
 - Si un ou plusieurs tests sont positifs, une colonoscopie sera recommandée au patient concerné.
 - Si le test est positif (> de 5 échantillons), un rendez-vous sera à prendre avec une infirmière spécialisée qui d'une part, expliquera en quoi consiste une colonoscopie, le but de cet examen, etc. et répondra aux questions que peut se poser la personne concernée par cet examen. D'autre part, cette infirmière programmera et organisera concrètement cette intervention.

L'étude de Nottingham a permis de mettre en évidence par exemple que :

- Le taux d'adhésion aux recommandations de dépistage était de 56,8% pour la population cible.
- Un diagnostic de cancer colorectal dans 1,9% des cas.
- Un diagnostic de cancer détecté au stade de Dukes¹⁶ dans 48% des cas.

Sur base des résultats de cette étude, il a été décidé de faire un dépistage systématique bi-annuel de toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans en Ecosse. En Angleterre, la décision a été prise de limiter le dépistage aux 60-69 ans car le Service National de Santé n'aurait plus été en mesure d'assurer la prise en charge des personnes symptomatiques vu l'augmentation du nombre de colonoscopies liée au dépistage des « faux positifs ».

♦ La majorité des hommes américains d'origine hispanique interrogés préféreraient l'Hémocult à l'endoscopie parce que cet examen est facile à réaliser, indolore, peu embarrassant, pas humiliant, peu inquiétant et plus sécurisant à faire/subir qu'une endoscopie. (Cameron et al., 2007 - USA)

¹⁶ Classification de la gravité des lésions tumorales

♦ Outre l'augmentation et l'amélioration des connaissances à propos de la maladie, Gili et al., (2006-Majorque, Espagne) mettent bien en évidence qu'il est important de sensibiliser, d'informer et d'impliquer les familles dans les programmes de prévention.

D'autre part, il est important de développer des stratégies de coping au sein des familles pour limiter leur éventuel stress mais aussi pour les aider à prévenir la maladie chez d'autres membres de la famille via le développement et l'adoption de comportements de santé « sains » pour faire face à la maladie et in fine promouvoir la santé familiale.

♦ L'étude de Robb et al., (2006-Angleterre) avait pour but de voir si l'utilisation d'un courriel informatif sur le cancer colorectal envoyé (à toute personne âgée de 45 à 66 ans « inscrites » auprès des médecins généralistes du Sud Ouest de l'Angleterre) avait un effet sur la prise de conscience des facteurs de risque, sur le bien-être émotionnel et sur l'intérêt d'adhérer à ce dépistage. Les résultats de cette étude montrent qu'il y a une augmentation des savoirs chez les personnes ayant reçu un courriel mais qu'il n'y a pas de différence statistique significative par rapport au groupe contrôle en ce qui concerne une augmentation éventuelle de l'anxiété et/ou l'inquiétude liée à la réception d'un tel message ($p=0,63$) et qu'une telle stratégie n'améliore pas chez les participants l'intérêt de réaliser ce dépistage ($p=0,65$).

Dans leurs conclusions, ces auteurs estiment, qu'à travers l'utilisation d'un tel courriel (moyen peu coûteux et simple), il est possible d'augmenter les connaissances et par ricochet la conscience publique des facteurs de risque du cancer colorectal sans augmenter l'anxiété et l'inquiétude au sein de la population. De plus, selon ces auteurs, une telle démarche peut contribuer à l'engagement public dans la promotion de la santé et la médecine préventive.

♦ L'étude Weitzman et al., (2001-USA) a permis de mettre en évidence que :

- Certains participants aux entretiens de groupe, n'avaient pas perçu recevoir ou reçu d'informations sur le dépistage ; voire qu'ils avaient « oublié » avoir reçu des brochures informatives.
- Qu'ils n'en avaient pas discuté avec leurs médecins et n'avaient pas abordé avec eux les modes de prévention de ce cancer.
- Pour d'autres participants, aucun résultat post dépistage et conduite éventuelle à suivre ne leur sont parvenus (« pas de nouvelles, bonnes nouvelles »). C'est pourquoi l'absence de discussion, de suivi après le dépistage renforce très probablement l'idée chez les patients que le cancer colorectal n'est pas un problème majeur !

♦ L'étude de Dubé et al., (2005-USA) réalisée auprès de 4 groupes d'hommes âgés de 40 à 79 ans ($n=33$) montre que leurs comportements de dépistage du cancer colorectal sont favorisés par :

- L'établissement d'une relation interpersonnelle « patient- médecin ».
- Le fait que le médecin leur donne suffisamment d'informations sur le cancer et le dépistage. Ces explications doivent inclure une information honnête sur l'inconfort et la douleur liée aux endoscopies.
- L'utilisation, pour ces explications, d'un langage compréhensible pour le patient avec vérification de la part du médecin de la compréhension par ce dernier de ces messages informatifs/éducatifs.
- L'utilisation de mannequins, de dessins ou d'instruments médicaux (sigmoidoscope par exemple) pour les explications de la maladie et/ou du traitement.
- L'aide du médecin dans le processus de prise de décision (les personnes interrogées ne souhaitent pas assumer seules toute la responsabilité de la décision).

- La possibilité de poser des questions et de discuter avec le médecin du dépistage sans se sentir pressé par le temps de consultation.
- L'impression que les soignants respectent leur intimité. Cette impression dépend des discours et des attitudes des médecins : par exemple ; éviter de poser des questions injustifiées sur leurs pratiques sexuelles ou leur consommation de drogues pendant la consultation ou pendant la réalisation d'examens.

5.3. Stratégies visant les programme de prévention/dépistage du cancer colorectal

♦ Depuis les années 90, (Schwartz et al., 1999 ; Gurmankin et al., 2002, cités par Larkey et al., 2007), il est suggéré que dans les messages informatifs/éducatifs des programmes de prévention des cancers et plus particulièrement du cancer colorectal, on inclut parcimonieusement des messages portant sur la notion de risque ; que ces messages soient considérés comme éducatifs en vue d'aider la population à mieux adhérer aux messages de prévention et de dépistage des cancers. En effet, prendre en compte la théorie de prise de risque dans ces messages éducatifs est nécessaire (mais non suffisante) pour aider le public cible à modifier ses propres représentations et croyances vis-à-vis des actions de prévention/dépistage. (Janz et al., 1984 ; Rimer et al., 1999 cités par Larkey et al., 2007)

Cependant, l'utilisation de cette théorie de prise de risque n'est pas synonyme de réussite absolue dans les intentions et/ou changements de comportements chez un individu ! (Witte K., 1998 ; Lipkus et al., 2004 cités par Larkey et al., 2007). Utiliser ces aspects dans le cadre des contenus des messages éducatifs permet à chaque individu de mieux percevoir son niveau de risque de cancer colorectal et de prendre des décisions pour le limiter. In fine, cette stratégie de communication permet aussi de réduire le degré de risque de cancer colorectal au sein de la population.

Outre la communication conventionnelle des risques de cancer colorectal au sein d'une population, il est indispensable d'adapter ces messages en fonction des représentations sociales, culturelles du public cible en vue de mieux promouvoir la prévention de ce cancer (Kreuter et al., 2004 et 2005 ; Botvin et al., 1995 cités par Larkey et al., 2007). Ceci implique qu'une campagne de masse ne prenant pas/peu en compte ces aspects risque d'induire peu, voire aucun effet, auprès de groupes de populations (ex : représentations de la population d'immigrés versus représentations de la population en général vis-à-vis des risques encourus individuellement face à ce cancer).

En vue de faire évoluer les représentations et les croyances au sein d'un groupe de population, Roger E.M. (2003 cités par Larkey et al., 2007) suggère de construire les messages informatifs/éducatifs abordant les facteurs de risque liés au cancer colorectal sous forme de contes qui également prennent en considération des caractéristiques et représentations culturelles de la population cible. Pour cet auteur, cette façon d'appréhender les messages éducatifs permet au public cible de mieux percevoir les risques encourus, de mieux « décoder » les représentations qu'au travers de simples informations factuelles sur les risques de cancer colorectal.

C'est pourquoi, Larkey et al. (2007) ont réalisé une étude pilote de type qualitatif auprès d'une population de « Latinos » d'Arizona en vue de tester cette nouvelle modalité de communication pour promouvoir la prévention et le dépistage de ce cancer. Les résultats de cette étude semblent être encourageants : meilleure perception des risques encourus, meilleure adhésion à la démarche de dépistage de la part du public cible, etc. En conclusion, les auteurs de cette étude estiment que l'utilisation de cette méthode de communication (« storytelling ») pour aborder/travailler les facteurs de risque, la prévention et le dépistage du cancer colorectal est une méthode d'intervention intéressante pour mieux adapter les messages éducatifs aux

références culturelles, aux représentations/croyances propres à la population cible. Cependant, d'autres études devront être menées à ce sujet pour confirmer ou infirmer l'intérêt de l'utilisation/utilité d'une telle méthode de communication sanitaire.

♦ Un programme de prévention du cancer colorectal mis en place dans la région de Dijon (France) a fait l'objet d'une évaluation des effets de ce programme au sein de la population (Faivre et al., 2004).

Ce programme consistait à inviter et à « convaincre » les personnes âgées de 45 à 75 ans à réaliser un test de dépistage par FOBT tous les deux ans. Pour cela, les personnes recevaient, par courrier postal, une brochure informative de 4 pages accompagnée d'une invitation à participer à ce dépistage signée par leurs médecins généralistes (n=202) participant à ce programme. Il était prévu également une procédure de « rappel » par courrier pour les personnes qui n'auraient pas consulté leurs médecins traitants dans les 4 mois post réception de cette invitation.

Les personnes dont le test Hémoccult était positif subissaient une colonoscopie.

Cette évaluation de programme s'est basée sur le suivi durant 11 années (de 1989 à 2000) de 91.199 personnes réparties en deux groupes :

- Groupe témoin composé de personnes invitées à adhérer à cette démarche de dépistage tous les 2 ans.
- Groupe contrôle composé de personnes n'ayant pas suivi un dépistage dans le cadre de ce programme.

Les résultats de cette évaluation montrent par exemple que :

- 69,5% (soit 45.642 personnes) de la population du Gr. Témoin ont réalisé le dépistage au moins une fois et 38,1% d'entre eux l'ont réalisé 5 à 6 fois.
- Le ratio entre personnes s'étant fait dépister au moins une fois dans le programme et groupe contrôle est de 0,67, IC 95%, [0,56-0,81].
- L'adhésion à cette démarche de dépistage est plus suivie :
 - o Par les femmes (57,7%) que par les hommes (52,7%).
 - o Dans les zones urbaines (58,3%) que dans les zones rurales (51,1%).
 - o Par les personnes âgées de 55 à 64 ans (59,3%) que par les individus plus jeunes (53,2%) ou plus âgés (52,6%).
- Ce programme réduit de manière significative la mortalité par cancer colorectal. Le ratio de mortalité entre les deux groupes est de 0,84, IC : 95%, [0,71-0,99].

Faivre et al., (2004 – France) insistent sur l'importance du facteur d'adhésion qui à lui seul permet de diminuer le nombre de cancer colorectal. Cependant, ces auteurs pointent toute la difficulté qu'il y a de mobiliser la population cible et de maintenir, dans le temps, un niveau élevé d'adhésion chez ces personnes. En effet, en France, une lettre d'invitation envoyée « seule » aux personnes concernées par ce dépistage ne « mobilisera » qu'environ 27% de ces personnes. C'est pourquoi, il est important que tous les soignants se sentent concernés et s'impliquent dans ce processus de dépistage mais il est nécessaire, voire indispensable, que les pouvoirs décisionnels d'un pays « engagent » une politique de dépistage et en avisent largement la population.

♦ Au Grand Duché de Luxembourg, une campagne de sensibilisation au dépistage du cancer colorectal a été mise en place en 2005. Pour cela, le groupe de travail « Prévention du cancer colorectal » du Ministère de la Santé Luxembourgeois a édité une brochure explicative pour inciter la population cible à se faire dépister. Outre des informations de type épidémiologique,

cet outil informatif mais également éducatif fournit des explications sur ce qu'est ce cancer, sur ce qu'il « faut » faire, sur l'adoption de modes de vie sains, etc. et propose aux personnes un mini questionnaire pour tester leur risque.

De plus, pour faciliter et assurer un succès à cette campagne de sensibilisation :

- Des séances informatives sont organisées dans tout le pays.
- On instaure la mise en place d'une collaboration étroite avec le Ministère des transports lors du renouvellement des permis de conduire à l'âge de 50 ans. Pour cela, un feuillet d'invitation à réaliser ce test est inclus dans l'envoi du courrier de renouvellement du permis de conduire.
- On procède à la mise en place de stands informatifs par le Ministère de la Santé lors d'événements publics comme par exemple lors de l'organisation de salons.
- On facilite la mise à disposition de cette brochure téléchargeable sur le site www.gouvernement.lu ou encore l'ouverture d'une ligne de téléphone spéciale qui permet à toute personne d'obtenir des informations à propos de ce cancer. (Ministère de la Santé, Groupe de travail « Prévention du cancer colorectal, Luxembourg)

En termes de stratégies visant les professionnels de la santé, différents auteurs pointent la nécessité de diffuser mais également de sensibiliser et d'informer largement les soignants à propos des recommandations de bonnes pratiques en termes de dépistage de ce cancer. En outre, ces auteurs montrent également qu'il est aussi nécessaire de permettre aux soignants, et plus particulièrement aux médecins généralistes, de remettre à jour leurs connaissances scientifiques dans ce domaine (Myers et al., 2001 ; Federici et al., 2005).

Federici et al., (2005) vont plus loin en insistant sur l'importance de l'acceptation par les médecins des recommandations de bonnes pratiques dans le domaine de ce dépistage. Pour ces auteurs, la mise à jour des savoirs et l'acceptation de ces recommandations sont les deux facteurs incontournables pour augmenter la pratique de ce dépistage par ces professionnels de la santé. Outre ces 2 facteurs, il est également indispensable d'améliorer la prise de conscience des médecins vis-à-vis de leur rôle clé dans la prévention (au sens large) et donc de leur rôle primordial dans le champ de la santé publique.

Afin de faciliter et de renforcer cette « culture préventive » dans leurs pratiques quotidiennes, l'élaboration de guides de bonnes pratiques cliniques de dépistage de cancers propres aux médecins traitants pourrait être un élément « facilitateur » (Brownson et al., 1993 cités par Ganry & Boche, 2005). Un autre aspect qui permettrait aussi d'aider les médecins traitants à remplir ce rôle de prévention serait la mise en place d'une coordination centralisée pour la gestion du dépistage mais aussi pour le suivi des patients ayant un test positif (Federici et al., 2005).

Ces 2 propositions contribueraient à limiter les freins (manque de temps, l'absence de perceptions de résultats des actions préventives réalisées, etc.) mis en avant par des médecins traitants (Garcia-Giannoli et al., 1996 ; Schapira et al., 1993 ; Wender et al., 1993 cités par Ganry & Boche, 2005)

L'envoi d'une lettre d'invitation au dépistage via le test Hémocult signée par les médecins participant à une campagne locale de promotion de ce dépistage, la diffusion par tous les médias de la mise en route d'une telle campagne, l'entretien individuel médecin/patient, l'utilisation d'outils éducatifs, le développement de stratégies de coping au sein de la famille, l'information, la prise de conscience des facteurs de risque, l'aide du médecin dans la prise de décision, etc. sont autant de stratégies à promouvoir et à mettre en place pour améliorer

l'adhésion des publics cibles au dépistage du cancer colorectal (Liberman, 2007 ; Steele, 2006, Gili et al., 2006 ; Robb et al., 2006, Weitzman et al., 2001, Dubé et al., 2005).

Inclure parcimonieusement dans les messages éducatifs la notion de risque (pour autant que ces messages soient considérés comme éducatifs tout en tenant compte des représentations sociales, culturelles du public cible) permet à l'individu/patient de mieux percevoir son niveau de risque de cancer colorectal et de prendre des décisions pour le limiter (Janz et al., 1984 ; Rimer et al., 1999; Kreuter et al., 2004 et 2005 ; Botvin et al., 1995 cités par Larkey et al., 2007). Afin d'aborder les notions de facteurs de risque, de prévention et de dépistage de ce cancer, les résultats de l'étude menée par Larkey et al., (2007) montrent que la création de messages éducatifs sous forme de contes est une méthode d'intervention intéressante pour l'adaptation de ces messages aux références culturelles, aux représentations/croyances propres de la population ciblée.

D'autres stratégies visant les programmes de prévention/dépistage de ce cancer comme par exemple, l'envoi d'une brochure informative/explicative en même temps que l'envoi d'un courrier invitant le public cible à se faire dépister ou encore l'envoi d'un courrier de « rappel », la mise en place de séances informatives dans tout un pays, la facilité pour trouver et/ou recevoir des brochures explicatives/informatives, la perception par ce public de l'implication des soignants dans ce processus de dépistage, la perception par la population en général (et en particulier par les publics cibles) de la réelle implication des pouvoirs politiques dans cette lutte contre le cancer colorectal sont autant de stratégies porteuses pour la mise en place de programmes de prévention/dépistage de ce cancer (Faivre et al., 2004 ; Groupe de travail « Prévention du cancer colorectal » du Ministère de la Santé luxembourgeois).

6. Recommandations des auteurs

Les auteurs des différentes études retenues dans le cadre de ce dossier technique ont émis diverses recommandations qui concernent tant le public, que les professionnels de la santé ou encore les programmes de dépistage ou enfin le choix du test de dépistage.

6.1. Envers le public

♦ L'utilité du dépistage du cancer colorectal doit faire l'objet de larges campagnes d'information récurrentes au sein de la population en général afin de susciter l'adhésion des populations au dépistage comme c'est le cas par exemple pour la prévention du cancer du col utérin ou du cancer du sein chez la femme. (Slattery et al., 2004, Dubé et al., 2005)

Cependant, il serait utile de concevoir des campagnes informatives/éducatives qui ciblent tout particulièrement des publics spécifiques comme les femmes, les personnes qui pratiquent peu d'activités physiques, des personnes ayant un faible niveau éducatif, les consommateurs d'alcool, les fumeurs, etc puisqu'il semblerait que ce soit ces publics qui réalisent le moins les tests de dépistage (Slattery et al., 2004)

Afin de mieux orienter les contenus des messages informatifs/éducatifs et ainsi promouvoir le dépistage du cancer colorectal au sein de la population, une meilleure connaissance des représentations/perceptions de la population vis-à-vis du cancer colorectal, de sa sévérité, de

son dépistage et la prise en compte des aspects culturels est nécessaire, voire indispensable. (Cameron et al., 2007 ; Mauri et al., 2006). En outre, ces messages éducatifs doivent également tenir compte des attitudes de la population face au test du cancer colorectal ou des comportements de santé associés mais aussi des susceptibilités des publics/patients pour aborder les questions ayant un rapport avec leur intimité (Dubé et al., 2005 ; Gili et al., 2006). De plus, en vue d'améliorer l'adhésion du public aux recommandations de dépistage, les messages informatifs/éducatifs devraient d'une part, mieux faire comprendre au public que les médecins généralistes sont des personnes clés pour les aider, les soutenir, les conseiller dans toute démarche de dépistage et d'autre part, devrait inciter le public à « oser » demander et/ou rappeler à son médecin traitant la réalisation de ceux-ci. Enfin, le rôle de la famille doit également être mentionné en termes de soutien dans la décision prise par l'un de ses membres (Cameron et al., 2007, Dubé et al., 2005).

6.2. Envers les professionnels de la santé

Si des actions d'informations/éducations sont nécessaires au sein de la population, il en est de même pour les professionnels de la santé.

♦ Les « recommandations de bonne pratique » (guidelines evidence based of medicine) doivent être largement diffusées auprès des professionnels de la santé et plus particulièrement auprès des médecins généralistes. Si les recommandations existantes de bonne pratique sont peu appropriées aux décisions de politiques de santé d'un pays, il serait utile voire nécessaire de les adapter et/ou d'en élaborer de nouvelles.

Outre la diffusion de ces recommandations de bonne pratique, un monitoring et une évaluation des pratiques des médecins généralistes en matière de prescription de dépistage du cancer colorectal seront nécessaires tout comme une évaluation des pratiques de dépistage au sein de la population (Mauri et al., 2006).

6.3. Envers des programmes d'information du public et/ou d'éducation du patient

♦ La conception de programmes éducatifs destinés soit au grand public, soit aux patients doivent inclure des messages clairs (Weitzman et al., 2001-USA) tels que :

- Le cancer colorectal :
 - o Est l'un des trois cancers les plus prévalents.
 - o Est l'une des premières causes de mortalité par cancer.
 - o N'arrive pas qu'aux personnes ayant des antécédents familiaux.
- Le dépistage :
 - o Est important même si aucun symptôme n'est perçu par le patient.
 - o Doit être fait à intervalles réguliers.
 - o Le FOBT peut être réalisé soit à domicile par le patient, soit par le médecin généraliste lors d'une consultation.

En outre, tout programme éducatif devrait adopter des pratiques de dépistage (Weitzman et al., 2001) qui incluent :

- Des recommandations personnalisées de dépistage pour chaque patient ainsi qu'une prise en charge et un suivi du patient par un même médecin.
- Des recommandations générales destinées au public dans le cadre d'un programme éducatif tout public.

- L'intégration de ce dépistage dans le cadre des consultations habituelles.
- Un dialogue médecin traitant-patient à propos de ce cancer, de son dépistage, de ses modes de prévention.
- Une information claire pour le patient à propos des résultats du test et des éventuels examens complémentaires à prévoir en cas de résultat positif.

♦ Pour Miller et al. (2005 - USA), la mise en place de programme informatif/éducatif informatisé est recommandée pour informer la population (et ainsi augmenter le taux de dépistage) car l'utilisation d'un tel outil informatique prend moins de temps (intervention qualifiée de « time-saving ») et demande moins de moyens en personnel paramédical ((intervention qualifiée de « cost-effective ») qu'une intervention personnelle/individuelle.

♦ Pour Larkey et al. (2007 - USA), il serait nécessaire de réaliser des études qui auraient pour but de mieux investiguer et comprendre ce que recouvre la notion de risque de cancer colorectal au sein d'un public cible et de corréliser les résultats obtenus avec les perceptions des facteurs de risque propres à la population étudiée mais aussi avec leurs représentations.

♦ Il serait nécessaire de renforcer la promotion d'une alimentation saine et équilibrée au sein des programmes informatifs/éducatifs mais aussi de promouvoir davantage les messages éducatifs relatifs à la pratique quotidienne d'exercices physiques et/ou d'un sport et de « bannir » la consommation de tabac. Les programmes de prévention prenant en compte ces recommandations pourraient être utilisés dans les écoles, les lieux de loisir, etc. Une telle dynamique préventive contribuerait à limiter l'impact de ce cancer au sein de la population. De nouvelles recherches devraient être menées pour améliorer les preuves d'efficacité d'autres démarches de prévention/dépistage mais aussi orienter ces nouvelles études sur des populations réellement représentatives de la population cible du dépistage. Enfin, des études devraient également se focaliser sur les effets psychosociaux et physiques que peuvent induire la participation d'une population au dépistage du cancer colorectal. (Puddu & Tafforeau, 2006 - Belgique)

♦ Si ce cancer peut être asymptomatique, il peut toutefois être détecté à un stade précoce (Givel, 2007, Symposium Berne).

Cependant, même si selon Levi, (2007, Symposium Berne), les tendances de la mortalité en Suisse et en Europe témoignent que des progrès substantiels ont déjà été réalisés par d'une part la réduction du risque (adoption de comportements alimentaires plus favorables, lutte contre l'obésité, développement d'activité physique, etc.) et d'autre part, du fait des nombreuses approches et progrès thérapeutiques (utilisation accrue d'aspirine, d'anti-inflammatoires, d'hormones de contraception, augmentation du taux de résection liée notamment au dépistage précoce, chimiothérapie adjuvante lors de stade plus avancé, etc.), il n'en reste pas moins essentiel et urgent « *d'implémenter des stratégies visant la détection précoce et le dépistage du cancer colorectal* ». Il rappelle également que « *le code Européen contre le cancer recommande de participer à des programmes organisés de dépistage. Un défi majeur et urgent à relever en Suisse pour réduire le fardeau socio-sanitaire du cancer colorectal* ».

Toutefois, il n'existe pas encore de recommandations ni de directives officielles concernant un dépistage précoce du cancer colorectal. Le symposium de la Ligue suisse contre le cancer¹⁷ organisé en septembre 2007 à Berne a donc permis de réunir différents experts qui se sont

¹⁷ Non au cancer de l'intestin ! Oui, mais comment ? Symposium de la Ligue suisse contre le cancer, jeudi 13 septembre 2007, Kultur-Casino, Berne.

penchés sur la problématique du dépistage systématique du cancer de l'intestin. In www.presseportail.ch/fr

Givel (2007) propose lors de ce symposium quelques esquisses de solution et préconise :

- Une campagne d'information : par le biais d'affiches, de publications, d'expositions, de conférences, de spots médiatiques et de site internet.
- L'acceptation politique.
- La prise en charge « assécurologique ».

Rehmann-Sutter (2007, Symposium Berne) quant à lui s'autorise lors de ce symposium quelques « réflexions éthiques » liées au dépistage du cancer colorectal, notamment en ce qui concerne les diagnostics.

S'agissant de diagnostics faussement positifs, il cite « *Mieux vaut être trop prudent que pas assez, voilà un bon principe. Mais un diagnostic faussement positif peut susciter des angoisses inutiles. La personne doit être préalablement informée de l'éventualité d'un diagnostic faussement positif et de la fréquence d'un tel diagnostic* ».

Quant aux diagnostics faussement négatifs, ceux-ci restent problématiques car aucun traitement n'est mis en route alors que cela devrait se faire. De surcroît, les faux négatifs ne posent pas seulement des difficultés techniques mais peuvent également engendrer une perte de confiance des patients dans la mesure de prévention elle-même !

L'auteur est également interpellé par ce qu'il appelle la prise de décision individuelle. En effet, dans le cadre d'un dépistage de masse, « la question de l'autonomie n'est nullement secondaire : il ne suffit pas de dire qu'un examen est facultatif ». Mais comme le rappelle Rhmann-Sutter, « *la libre décision présuppose une information minutieuse sur tous les aspects importants, et ce pour autant que les personnes touchées le souhaitent* ».

Il s'interroge également sur la place qu'occupe les tests génétiques prédictifs. S'agit-il d'utiliser les informations génétiques recueillies comme « *élément d'un programme génétique* » ou plutôt comme étant « *un indice signalant une probabilité accrue, mais pas une programmation automatique de l'organisme à développer un cancer ?* ».

Il conclut son intervention en précisant que l'autonomie (décisionnelle ?) nécessite une information précise et la plus complète possible sans omettre les effets secondaires liés à la pratique de certains examens de dépistage. Il met en garde contre ce qu'il appelle le « *paternalisme préventif* ». Enfin, notons que l'auteur témoigne une nette préférence pour les concepts « *examen préventif* » ou « *examen de routine* » quand il souhaite parler de dépistage.

6.4. Envers le choix d'un test de dépistage

♦ Selon Lieberman (2007 -USA), l'efficacité du dépistage du cancer colorectal dépend de 3 paramètres :

- Du taux de réponse du patient/du public.
- De la performance du test.
- De la qualité du service et/ou des professionnels de la santé qui dispense(ent) le test.

Si on choisit de recommander l'Hémocult comme méthode de dépistage (Lieberman, 2007), il est très important d'informer les patients :

- Qu'en cas de résultat négatif, le test doit être répété tous les 1 à 2 ans.
- En cas de résultat positif, il est nécessaire de pratiquer une colonoscopie !
- Qu'en outre, il est important de signaler que les tests de dépistage réalisés à partir de plusieurs prélèvements sont plus efficaces que les tests de dépistage qui ne prévoient

qu'un seul prélèvement. Cette dernière recommandation est également partagée par Lau & Sung, (2004) et Steele, (2006).

♦ Certes, si Deresse (2002- USA) ne remet pas en question l'efficacité du test Hémocult sur l'incidence du cancer colique, il n'en remet pas moins en question l'analyse positive du coût-bénéfice d'une campagne de dépistage (par test Hémocult) de masse.

En effet, selon l'auteur, une estimation réelle et précise des coûts d'une telle campagne de dépistage doit être effectuée avant d'en « assurer » l'impact positif en termes de coût-bénéfice.

Pour ce faire, il est indispensable de tenir compte :

- Du grand nombre de personnes à dépister par cas mis en évidence.
- Du grand nombre de faux positifs détectés liés notamment aux autres causes de pertes sanguines dans le tube digestif.
- Du coût financier mais également de l'impact psychologique des patients auprès desquels on a observé un « faux positif ».
- De l'impact psychologique lié au « faux négatif » ; en effet, la sensibilité observée varie de 46 à 92 %, ce qui voudrait dire selon Deresse que 8 à 54 % de cancer colorectal ne seraient pas dépistés par le test Hémocult.
- D'autres méthodes de dépistage, certes plus invasives (colonoscopie) mais avec une efficacité plus certaine, de la part du patient, dans la préparation liée à ce type d'examen (régime particulier par exemple) et du surcroît de travail que cela implique pour le personnel soignant

♦ Selon Lau et Sung, (2004 - Chine), la colonoscopie est une méthode de dépistage adaptée et réservée pour les personnes à haut risque¹⁸ et non pour les personnes asymptomatiques à risque moyen¹⁹, car pour ces dernières le rapport risque/bénéfice lié à cet examen est peu/pas intéressant pour ces personnes.

♦ Le but d'un dépistage de masse du cancer colorectal est de diminuer la mortalité liée à ce cancer. Son utilité n'est plus à démontrer au vu de la fréquence et de la mortalité dans les pays où une incidence importante de ce cancer est relevée. Le dépistage de masse du cancer colorectal concerne uniquement les personnes asymptomatiques et à risque moyen de développer un cancer. En France, le test de dépistage de masse préconisé est le test Hémocult à répéter tous les ans et éventuellement associé à une rectosigmoïdoscopie.

Le dépistage des personnes à haut risque est une « *obligation médicale* ». Ces patients doivent être pris en charge par des spécialistes qui leur proposeront la réalisation régulière de colonoscopie. (Piront et al., 2007 - Belgique)

¹⁸ Est définie comme personne à haut risque, un individu qui présente des antécédents personnels et/ou familiaux d'adénome ou de carcinome ou encore qui souffre d'une maladie inflammatoire des intestins depuis longtemps, ou de maladies rares héréditaires (FAP, syndrome de Gardner, syndrome de Peutz-Jeghers et d'HNPCC (hereditary nonopolyposis colorectal cancer syndrome))

¹⁹ Est définie comme personne à risque moyen, un individu de plus de 50 ans sans antécédent personnel et/ou familial d'adénome ou de carcinome et qui n'a pas souffert d'une maladie inflammatoire des intestins

Des campagnes d'information récurrentes doivent être menées au sein de la population en général pour montrer l'utilité de ce dépistage et ainsi susciter l'adhésion des populations au dépistage. Toutefois, il est pertinent de concevoir aussi des campagnes informatives/éducatives qui visent spécifiquement des populations (les femmes, les consommateurs d'alcool, les fumeurs, etc.) qui adhèreraient le moins au dépistage (Slattery et al., 2004 ; Dubé et al., 2005)

Pour mieux orienter les contenus des messages éducatifs, il est indispensable de tenir compte des représentations/perceptions de la population vis-à-vis du cancer colorectal, de leurs attitudes face au test tout en n'oubliant pas les aspects culturels propres à la population ciblée par ces messages (Cameron et al., 2007 ; Mauri et al., 2006, Dubé et al., 2005 ; Gili et al., 2006). De plus, ces messages éducatifs doivent d'une part, faire comprendre au public que les médecins généralistes sont les personnes clés pour les aider, les soutenir, les conseiller dans toute démarche de dépistage et d'autre part, ces messages doivent inciter le public à « oser » poser des questions, à « oser » demander et/ou rappeler à son médecin traitant la réalisation de test de dépistage. Enfin, il est important de faire comprendre au public que la famille est aussi un acteur clé en termes de soutien dans la décision prise par l'un de ses membres (Cameron et al., 2007 ; Dubé et al., 2005)

Envers les professionnels de la santé, les recommandations émises par les auteurs concernent la diffusion large des « guidelines evidence based of medecine » mais aussi d'améliorer chez les médecins traitants une « culture d'évaluation » de leurs pratiques et tout particulièrement vis-à-vis de leurs prescriptions de dépistage du cancer colorectal (Mauri et al., 2006).

Les programmes éducatifs destinés soit au grand public, soit aux patients doivent inclure des messages clairs, non équivoques, qui renforcent la promotion et l'adoption de modes de vie sains (une alimentation saine et équilibrée, la pratique d'exercices physiques, la lutte contre l'obésité, etc.) et ces programmes devraient s'inscrire dans les pratiques de dépistage des soignants. De tels programmes de prévention prenant en compte ces recommandations pourraient être utilisés dans les écoles, les lieux de loisirs, etc. et ainsi contribuer à la mise en place d'une dynamique préventive au sein de la population (Weitzman et al., 2001, Puddu & Tafforeau, 2006).

Si les auteurs ne remettent pas en question l'utilisation de l'Hémocult comme méthode de dépistage de masse du cancer colorectal, ils soulignent que l'efficacité de ce dépistage (et de ce test) dépend de paramètres tels que : le taux de réponse du public/patient, la performance du test, du grand nombre de personnes à dépister par cas mis en évidence, du coût financier lié au dépistage de « faux positifs », de l'impact psychologique chez les patients « faux positifs », de la qualité du service et/ou des soignants qui dispensent le test, de la qualité des messages informatifs/éducatifs délivrés, etc.(Lieberman, 2007 ; Deresse, 2002, Steele, 2006, Piront et al. 2007).

Tout comme le soulignent Piront et al., (2007), le dépistage de masse du cancer colorectal doit concerner uniquement les personnes asymptomatiques et à risque moyen de développer un cancer. Le dépistage des personnes à haut risque est une « obligation médicale » et ces personnes doivent être prise en charge par des spécialistes.

7. Éléments à prendre en compte avant la mise en place d'un programme de prévention/dépistage

Avant toute implantation de projets/programmes, il est indispensable que les concepteurs, les décideurs, les différents acteurs concernés réfléchissent, sélectionnent, évaluent toutes les stratégies et démarches à mettre en place pour que le lancement et la mise en route « pratique » d'un programme se fasse le plus harmonieusement possible et particulièrement en ce qui concerne des programmes de dépistage de cancers. A défaut de telles prises en considération, le programme risque de dysfonctionner et de périliter au fil du temps occasionnant désillusions chez tous les participants et bénéficiaires, pertes financières, perte de temps et, in fine, perte de crédibilité en termes d'efficacité du dépistage de ce cancer.

♦ Le rapport du Health Technology Assessment (De Laet et al., (2006) - Centre Fédéral d'expertise des soins de santé - Belgique) a permis de démontrer qu'un dépistage du cancer colorectal par Hémocult, réalisé tous les deux ans, et qui serait suivi d'une colonoscopie si le test se révèle positif, pourrait être un programme de dépistage coût/efficacité « acceptable » pour la population âgée de plus de 50 ans.

Toutefois, les auteurs de ce rapport suggèrent *« qu'avant qu'un tel programme ne puisse être introduit de manière efficace, un certain nombre de problèmes doivent être abordés et sélectionnés. C'est pourquoi nous recommandons que la première étape soit la mise sur pied de quelques programmes pilotes qui puissent analyser quelques unes de ces incertitudes sur le terrain »*.

« Afin d'éliminer les incertitudes actuelles sur l'implémentation d'un programme de dépistage, nous recommandons la mise sur pied de quelques programmes pilotes. Nous partons de l'hypothèse que ces projets pilotes dureront environ 2 à 4 ans et qu'ils feront l'objet d'évaluations intermédiaires »

Toujours selon De Laet et al., (2006), *« Ces projets doivent tester la faisabilité pratique du programme en mettant l'accent sur »* :

- Le design du programme: ces modèles (modèle médecin généraliste et/ou modèle mailing) fonctionnent-ils dans le contexte belge et quelle est l'influence de ce choix sur le taux de participation ?
- L'organisation et l'implémentation d'un système d'enregistrement du dépistage.
- Le comment s'assurer que les colonoscopies nécessaires puissent être exécutées (capacité de colonoscopies) et comment en assurer le contrôle de qualité.

Les projets pilotes doivent aussi examiner spécifiquement les incertitudes :

- Participation, compliance et acceptation du programme en Belgique.
- Prévalence d'un risque accru de cancer colorectal dans la population.
- Faux positifs et sensibilité/spécificité du FOBT dans la pratique quotidienne.
- Pourcentages de détection des cancers colorectaux et d'adénomes.
- Inconvénients et effets secondaires liés au screening.
- Optionnel : test de la performance du FOBT dans la pratique.

♦ En séance d'ouverture de la conférence européenne « The future of health in Europe ; European conference on colon cancer prevention » qui s'est tenue au mois de mai 2007 à Bruxelles, une série de demandes a été formulée à la Commission Européenne²⁰.

En effet, la mise en place d'un plan d'actions européen « Europe contre le cancer colorectal » nécessite :

- De fournir le plus rapidement possible à chaque ministère de la santé des guidelines européens de dépistage de ce cancer.
- Que ces guidelines doivent inclure des stratégies pour identifier, former et évaluer les populations à haut risque de cancer colorectal.
- De s'assurer que ces guidelines européens insistent sur le fait que les messages informatifs/éducatifs destinés à la population soient clairs, précis sur par exemple les avantages/inconvénients et risques encourus lors d'un dépistage, y compris les informations relatives à la procédure de mise en place pour ce dépistage.
- Que les guidelines européens recommandent l'implémentation d'un dépistage national de ce cancer et que toute l'organisation de ce dépistage se fasse par l'intermédiaire d'un organisme spécifique responsable de l'envoi de courrier d'invitation à la population mais aussi qu'il assure tout le suivi de ce dépistage via la mise en place de base de données informatisées.
- Que ces guidelines recommandent la mise en place de programme de dépistage au niveau national de qualité et qu'un contrôle de qualité soit mis en place par chaque nation.
- Que ces guidelines recommandent à chaque Etat de mettre à la disposition des professionnels de santé les informations scientifiques les plus récentes mais permettent aussi à ces derniers de pouvoir se former pour mieux identifier les personnes à haut risque, informer correctement la population des risques de cancer colorectal, etc. En outre, il est demandé également de mettre à disposition des médecins traitants des indicateurs performants pour déterminer le degré de risque pour ainsi informer/éduquer adéquatement la population mais aussi pour prescrire des tests correctement et donc in fine, de réaliser des activités de prévention efficaces et efficientes.
- Que la Commission Européenne soit le moteur pour lancer des programmes de recherche dans ce domaine en vue d'améliorer le développement et l'évaluation des méthodes et programmes de dépistage du cancer colorectal.
- Enfin que cette Commission Européenne « utilise » la conférence de Bruxelles comme plate-forme à la création d'un plan de travail européen « Europe contre le cancer colorectal ».

8. Conclusions

Le cancer colorectal figure parmi les cancers les plus fréquents dans les pays développés. En Belgique, il arrive en deuxième position chez la femme après le cancer du sein et en troisième position chez l'homme après le cancer du poumon et de la prostate. Il engendre également une importante mortalité (3000 décès annuels en Belgique).

²⁰ www.future-health-2007.com

La survie après la découverte d'un cancer colorectal et le traitement thérapeutique mis en place sont fortement associés au stade de détection de la maladie. Le pronostic sera d'autant favorable que la détection du cancer est précoce.

Le dépistage et la prévention de cette pathologie doivent donc faire partie des priorités nationales en matière de santé publique.

Toute personne asymptomatique, âgée de 50 à 74 ans, doit pouvoir bénéficier, sans réserve, d'un dépistage du cancer colorectal. La plupart des auteurs retenus (et études contrôlées randomisées analysées) dans le cadre de cette revue de littérature s'accordent pour retenir le test Hémocult (recherche de sang occulte dans les selles) comme premier test de dépistage à envisager dans le cadre d'un screening de masse.

Mais les personnes désirant réaliser ce test doivent être bien informées des avantages mais également des inconvénients liés à ce type de test (limites du dépistage par Hémocult : faux positifs et faux négatifs, facilité de réalisation, etc). Pour ce faire, des campagnes d'informations ciblées doivent être développées tant à l'attention de la population qu'à l'attention des professionnels de santé. Les individus devront « pouvoir décider » de leur participation à un tel programme en fonction d'une information adéquate et pertinente.

De plus, pour que les campagnes de dépistage de masse soient efficaces et efficientes, il est indispensable d'aider les professionnels de la santé à prendre conscience de leur rôle clé dans le champ de la prévention. Il faut également leur fournir toutes les aides nécessaires (formation, guidelines, etc.) pour consolider, voire améliorer leur connaissance mais aussi leur savoir-faire (par exemple, amélioration des relations de communication patient/médecin).

Différents auteurs pointent également les difficultés que rencontrent les professionnels de santé, et plus spécifiquement les médecins traitants, à inscrire des activités de prévention/dépistage dans leurs pratiques médicales quotidiennes. C'est pourquoi, il est utile, voire nécessaire, de concevoir des programmes de dépistage qui tiennent compte de ces difficultés (manque de temps, perception que leurs actions de prévention sont peu porteuses de résultats positifs, perception que le patient dépisté positif leur « échappe » dans le suivi de la maladie, etc.). Tenir compte de ces différents aspects contribuera à améliorer l'adhésion des publics cibles à ce dépistage mais sera aussi garant de la réussite d'un programme de prévention/dépistage de ce cancer.

Toutefois, ce dépistage de masse ne peut aucunement être proposé aux patients symptomatiques ou considérés comme à hauts risques (antécédents familiaux, maladies inflammatoires...). En effet, pour ceux-ci, il faut continuer de proposer la réalisation d'examens plus invasifs comme par exemple la réalisation d'une colonoscopie comme méthode de dépistage (standard of care).

9. Bibliographie

- Bond J.H., (2006), The place of fecal occult blood test in colorectal cancer screening in 2006 : The U.S. perspective., *American journal of Gastroenterology*, 101, pp 219-221
- Cameron K.A., Francis L., Wolf M.S., Baker D.W., Makoul G., (2007), Investigating Hispanic/Latino perceptions about colorectal cancer screening : A community-based approach to effective message design., *Patient Education and Counseling*, Article in press.
- Classen M., Lambert R., (2007), Colorectal cancer screening in Europe. A survey of the International Digestive Cancer Alliance between November 2004 and March 2007, *Z. Gastroenterol* ; 45, pp 1-2
- Derese A., (2002), Hemocult : efficace, mais loin d'être parfait dans le dépistage du cancer colique, *Minerva*, Septembre 2002, Volume 1,n° 0, pp 7-9.
- Dubé C.E., Fuller B.K., Rosen R.K., Fagan M., O'Donnell J., (2005), Men's experiences of physical exams and cancer screening tests: a qualitative study., *Preventive Medicine*, 40, pp 628-635.
- De Laet Ch., Neyt M., Vinck I., Lona M., cleemput I., Van De Sande S., (2006), Health technology Assessment. Dépistage du cancer colorectal : connaissances scientifiques actuelles et impact budgétaires pour la Belgique., *Centre fédéral d'expertise des soins de santé, KCE reports vol. 45B*, 218 pages.
- Faivre J., Dancourt V., Lejeune C., Tazi M.A., Lamour J., Gerard D., Dassonville F., Bonithon-Kopp C., (2004), Reduction in colorectal Cancer Mortality by Fecal Occult Blood Screening in a French Controlled Study, *Gastroenterology*, 126, pp 1674-1680.
- Federici A., Rossi P.G., Bartolozzi F., Farchi S., Borgia P., Guastecchi G., (2005), Survey on colorectal cancer screening knowledge, attitudes, and practices of general practice physicians in Lazio, Italy., *Preventive Medicine*, 41, pp 30-35
- Ganry O., Boche T., (2005), Prevention practices and cancer screening among general practitioners in Picardy, France., *Public Health*, 119, pp. 1023-1030.
- Gili M., Roca M., Ferrer V., Obrador A., Cabeza E., (2006), Psychosocial factors associated with the adherence to a colorectal cancer screening program., *Cancer Detection and Prevention*, 30, pp 354-360
- Goulard H., Ancelle-Park R., Julien M., Bloch J. , (2006), Le cancer colorectal en France : évaluation 2002 à 2004, *Institut de Veille Sanitaire*, 6 pages, in <http://www.invs.sante.fr>
- Larkey L.K., Gonzalez J., (2007), Storytelling for promoting colorectal cancer prevention and early detection among Latinos., *Patient Education and Counseling*, 67, pp.272-278.
- Lau P. & Sung J.,(2004), Screening for colorectal cancer, *Chinese journal of Digestive Disease*, 5, pp 87-92

Lieberman D., (2007), Colorectal cancer screening in primary care., Gastroenterology, Vol. 132, N° 7, pp 2591-2594

Mauri D., Pentheroudakis G., Milousis A., Xilomenos A., Panagouloupoulou E., Bristianou M., Zacharias G., Christidis D., Mustou E.A., Gkinosati A., Pavlidis N., (2006), Colorectal cancer screening awareness in European primary care, Cancer Detection and Prevention, 30, pp 75-82

Miller D.P., Kimberly J.R., Case L.D., Wofford J.L., (2005), Using a computer to teach patients about fecal occult blood screening., Journal General intern Medicine, 20, pp 984-988

Ministère de la Santé luxembourgeois, Groupe de travail « Prévention du cancer colorectal », (2005), Ne jouez pas avec vos intestins ..., brochure, 8 p. www.gouvernement.lu

Myers R.E., Turner B., Weinberg D., Hyslop T., Hauck W.W., Brigham T., Rothermel T., Grama J., Schlackman N., (2004), Impact of a physician-oriented intervention on follow-up in colorectal cancer screening., Preventive Medicine, 38, pp 375-381.

Piront P., Louis E., Belaiche J., Polus M., (2007), Le dépistage du cancer colorectal., Revue Médicale Liège, 62 : 1 : pp 15-20

Puddu M., Tafforeau J., (2006), Cancer colorectal : Etat de connaissances et données disponibles pour le développement d'une politique de santé en Belgique., Institut Scientifique de la Santé Publique, IPH/EPI Reports Nr. 2006-023, 80p.

Robb K.A., Miles A., Campbell J., Evans P., Wardle J., (2006), Can cancer risk information raise awareness without increasing anxiety ? a randomized trial., Preventive Medicine, 43, pp 187-190

Slattery M.L., Kinney A.Y., Levin T.R., (2004), Factors associated with colorectal cancer screening in a population-based study : the impact of gender, health care source and time., Preventive Medicine, 38, pp 276-283

Steele R., (2006), Fecal occult blood test screening in the United Kingdom., American journal of Gastroenterology, 101, pp 216-218

Wackerbarth S.B., (2007), Physician colorectal cancer screening recommendations : an examination based on informed decision making, Patient Education and Counseling, 66, pp 43-50.

Weitzman E., Zapka J., Estabrook B., Goins K., (2001), Risk and Reluctance : Understanding Impediments to Colorectal Cancer Screening, Preventive Medicine, 32, pp 502-513

www.future-health-2007.com - The future of health in Europe : European Conference on Colon cancer prevention 2007, 9 mai 2007, Brussels.